

REALTÀ E OPPORTUNITÀ DELL'AFFIDO TERRITORIALE E DOMICILIARE DEL METADONE IN ITALIA

SOMMARIO

Questo numero della rivista è dedicato alla esplorazione del tema affido del metadone con la presentazione di alcune esperienze, attive ormai da anni, di collaborazione con i Medici di Medicina Generale e la proposta di nuove sperimentazioni che sono state valutate in occasione della presentazione del Terzo Premio Nazionale FeDerSerD nell'anno 2007. Accompagnano questi lavori alcuni articoli dedicati a fare il punto sia sulla legislazione in merito sia sulla revisione e aggiornamento degli studi che hanno analizzato questa tipologia di trattamenti affidati, nonché uno studio di valutazione dei costi assistenziali di queste terapie.

Come è noto, la realtà italiana si caratterizza per un radicato e diffuso sistema di servizi specialistici dedicati alla cura dei soggetti affetti da Disturbi da Uso di Sostanze, unico esempio nel panorama europeo di organizzazione così capillare e territoriale. Tuttavia questo sistema delle cure, unitamente ai vantaggi che assicurano un buon grado di omogeneità nei livelli di assistenza, ha prodotto un certo disimpegno da parte dei Medici di Medicina Generale verso la cura di questi pazienti, favorito anche dalle dinamiche di marginalizzazione sociale della dipendenza da sostanze.

La nostra Federazione, da sempre attenta a monitorare l'evoluzione del fenomeno ed a suggerire la sperimentazione di modalità di cura che sappiano migliorare l'efficacia dei trattamenti stessi, si è impegnata nella promozione di questa iniziativa, nello sviluppo di pratiche di monitoraggio e valutazione, nella sollecitazione di nuove sperimentazioni che vadano nella direzione di estendere le opportunità di cura ad un maggior numero di pazienti e di migliorare la qualità e gli esiti dei trattamenti.

SUMMARY

This booklet is intended to explore the question about entrust or take home methadone. Some experiences and studies realized within collaboration of General Practitioners are described in this paper, aimed to increase good practices and extend the number of patients in treatment with methadone therapy.

The National Health Service in Italy have at one's disposal a rich and widespread network to deliver basic drug abuse treatment, as methadone or buprenorphine and so on, but these specialized units (Servizi Dipendenze - SerD) find it difficult to cooperate with general practitioner in the treatment of patients affected by Substance Use Disorders.

Although the law contemplate the way for practitioner to prescribe methadone and treat patients with SUD, not many experiences nowadays are available. The paper describe Italian guidance and rules which control such therapies and presents some evaluation studies on efficacy of sharing patient's management and an effective quantitative approaches to measure and determine the costs associated with the drug abuse treatments delivered by Health Care Businesses.

1 LA LEGISLAZIONE SU AFFIDO E RICETTAZIONE DEI FARMACI SOSTITUTIVI
Alfio Lucchini

3 REALTÀ E PROSPETTIVE FARMACOLOGICHE NELL'AFFIDO DI TERAPIE SPECIFICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA DA OPIACEI
Felice Nava

14 L'AFFIDO DI METADONE NEI SERT E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE:
LA COLLABORAZIONE A TRIESTE
Roberta Balestra, Gianni Conti

17 LA REALTÀ DI PESCARA
Pietro Fausto D'Egidio

22 IL FARMACISTA. PUNTO IMPORTANTE NELLA RETE DI ASSISTENZA PER I SERVIZI
Fabrizio Zenobi

26 TERZO PREMIO NAZIONALE FEDERSERD ANNO 2007 "INTEGRAZIONE TRA SERT E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI": SINTESI DEI PROGETTI PRESENTATI
a cura di Alfio Lucchini e Maurizio Fea

28 "PROGETTO BASE": UN PROGETTO PILOTA PER L'INSERIMENTO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) NELLA RETE CITTADINA DEI SERVIZI PER LA CURA DELLE TOSSICODIPENDENZE IN UNA GRANDE METROPOLI
Claudio Baldelli,
Ignazio Marcozzi Rozzi

30 SERT 1 BRESCIA E MEDICI DI MEDICINA GENERALE: UN REPORT DI FATTIBILITÀ NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTI OPIACEI
Antonio Cinquegrana, Ovidio Brignoli,
Maurizio Cadoria, Piera Dettori,
Pierangelo Lora Aprile

33 PROGETTO DI INTEGRAZIONE TRA SERT E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI
Giancarlo Ardissoni,
Laura Franceschini, Alina Cirillo

37 INTEGRAZIONE TRA IL SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI: METADONE CLORIDRATO ESPERIENZA A BOLOGNA
Maria Chiara Pieri,
Claudio Antonio Comaschi

38 IL COINVOLGIMENTO DEL MEDICO DI BASE NEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZE
Claudio Tosetto

40 CONDIVIDERE
Anna Borrelli,
Marina Di Matteo

41 INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PER LE DIPENDENZE (SERT) E MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MDMG) NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI
Andrea Carraro

44 COSTRUZIONE DI UNA SINERGIA SERT - MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LA CURA DI GIOVANI EROINOMANI IN UN COMUNE DELL'HINTERLAND MILANESE
Giovanni Strepparola, Giuseppe Cavenago

46 PROGETTO TRA IL SERT DI PESCARA E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: PENSIERI ESPRESSI DA PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI DA EROINA
Nadia Anna Della Torre

59 ALCUNI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE AI PAZIENTI DIPENDENTI DA EROINA IN COLLABORAZIONE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA ASL DI PESCARA
Maurizio Fea e Alfio Lucchini

62 LE DETERMINAZIONI QUANTITATIVE DEL COSTO DI ASSISTENZA DEI PAZIENTI IN CARICO PRESSO I SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE
IL CASO DEL SERT DI PESCARA
Pietro Fausto D'Egidio,
Luca Ianni, Massimo Sargiacomo

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

ANNO VI, 2007 - N. 23
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Direttivo nazionale
FeDerSerD

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione
Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola,
Cinzia Assi

Sede operativa e
Redazione Mission
Via Martiri Libertà 21,
20066 Melzo (Mi)
tel. 3356612717
missiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile:
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004
n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB
Milano Autorizzazione
Tribunale
di Milano n. 131
del 6 marzo 2002

Edizione fuori
commercio

LA LEGISLAZIONE SU AFFIDO E RICETTAZIONE DEI FARMACI SOSTITUTIVI

di Alfio Lucchini
Presidente Nazionale FeDerSerD

L'attenzione crescente per i temi del diritto alle cure e della dignità di vita per il cittadino malato ha avuto ripercussioni positive nella legislazione sui trattamenti per la tossicodipendenza.

La legge n. 49/2006, nota come Fini - Giovanardi, si caratterizza per alcune affermazioni di principio.

La riaffermazione della filosofia di contrasto alla droga, il dichiarare il consumo personale illecito e da condannare, la sottolineatura del concetto di pericolosità sociale della droga ma anche del consumatore, la considerazione di prevalenza delle esigenze di tutela della collettività, il ripristino della gradualità dell'iter sanzionatorio-repressivo, l'omologazione delle sostanze psicotrope.

E ancora la sanzione amministrativa vista come deterrente per indurre al trattamento: la sanzione viene irrogata; il programma terapeutico è in aggiunta, non in alternativa alla sanzione amministrativa. E infine il tema della parità pubblico - privato e della certificazione dello stato di dipendenza.

Ma tra gli articoli emergono elementi innovativi in tema di trattamenti e potestà del medico. D'altronde già il referendum del 1993 invitava a muoversi in questo senso, ritenendo veramente eccessiva la legislazione di limitazione della azione del medico in questo settore.

Tra le norme quella di permettere la consegna di farmaci "sostitutivi" fino a trenta giorni, in analogia con i trattamenti per la terapia del dolore.

Il Decreto del Ministero della Salute "Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento" del 16 novembre 2007 permette al medico di avere un riferimento certo per orientare la propria attività.

Mi limito a riassumere alcuni principi dell'articolato del decreto, richiamando il *numero 23 di Mission* recentemente edito per una più vasta analisi.

- La prescrizione di medicinali "sostitutivi", per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata all'interno del piano terapeutico individualizzato di cui all'articolo 43, comma 5 del Testo Unico.
- Il piano terapeutico, di durata non superiore a novanta giorni, è redatto in due copie, entrambe originali, una delle quali deve rimanere presso il servizio di cura mentre l'altra deve essere in possesso del paziente.
- Nel corso di validità del piano terapeutico, il dosaggio

del medicinale prescritto può essere modificato ed ogni nuova consegna è subordinata all'aggiornamento o modifica del piano terapeutico convalidato con la data e la firma di un medico del servizio di cura.

- È consentita la consegna di medicinali "sostitutivi" da parte del Servizio di cura, per una durata non superiore a trenta giorni, direttamente al paziente, al fine di agevolare l'aderenza al trattamento, in confezioni regolarmente autorizzate. Nel caso di persona minore, il medicinale è consegnato a chi esercita la patria potestà.

- È consentita la consegna dei medicinali "sostitutivi" ad un familiare o ad altra persona maggiorenne, munita di delega scritta del paziente che non può recarsi personalmente presso il servizio di cura. Tale impedimento deve essere dimostrato da opportuna certificazione scritta ai sensi delle norme di legge vigenti.

- Il paziente o la persona da lui delegata a ritirare il medicinale, deve firmare una dichiarazione di presa visione del foglietto illustrativo con la quale si impegna altresì a custodire il medicinale in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici.

- La prescrizione è effettuata dal medico, il quale può anche avvalersi di altri operatori cointeressati al trattamento del paziente, al fine di valutare l'affidabilità del medesimo e della sua rete di sostegno familiare e sociale.

- Ai fini del monitoraggio della terapia il servizio di cura adotta i controlli clinici e le valutazioni socio-sanitarie che ritiene necessari ed opportuni per ogni singolo caso.

- Resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale, sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura, e la dispensazione dei medicinali "sostitutivi" da parte delle farmacie.

- Il paziente o la persona da lui delegata, è autorizzato a trasportare dalla sede di dispensazione al proprio domicilio od al luogo di ordinaria dimora per motivi di lavoro, studio od impegni personali, i medicinali, accompagnati dal piano terapeutico.

- È autorizzato, altresì, il trattamento a domicilio del paziente nei casi previsti dal decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.

- Le previsioni del decreto si applicano anche ai pazienti ospiti di comunità terapeutiche in carico presso un servizio pubblico per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Un ottimo testo e chiari dettati, che vanno nell'ottica di

una moderna medicina e del reale accesso alle cure per cittadini malati.

Come hanno scritto tanti colleghi, un passo importante verso la libertà di valutazione clinica dei medici.

Devo dire che con impegno e intelligenza i colleghi dei Ser.T hanno affrontato e di fatto risolto le incombenze (piano terapeutico, dispensazione, ecc...) previste dal decreto, così come successive particolari e limitative interpretazioni ministeriali per gli aspetti della ricetta-zione (con ripercussioni sul lavoro con i medici di medicina generale).

Mi auguro di non dover più sentire una considerazione che spesso veniva affermata dai colleghi, cioè la tendenza a essere spinti ad agire più con il timore di conflig- gere con un articolo di legge, una circolare ministeriale,

una linea guida regionale, che con l'intento di fare qual- cosa di coerente con le necessità del paziente usando come riferimento la "scienza e coscienza" e tutto il pro- prio bagaglio di esperienza professionale.

Per questo è importante che lo sviluppo delle norme tenda a valorizzare la professionalità del medico e gli aspetti clinico - relazionali.

Infine due osservazioni ancora positive.

Culturalmente, nella società, si sta affermando anche nel settore delle dipendenze patologiche il valore della cura della patologia da dipendenza.

Il corpo della magistratura, pur in presenza di differenze territoriali e individuali, si sta orientato da una visione di controllo e francamente di sospetto verso i medici e le terapie a quella di valutazione dei percorsi riabilitativi sul territorio.

REALTÀ E PROSPETTIVE FARMACOLOGICHE NELL'AFFIDO DI TERAPIE SPECIFICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA DA OPIACEI

Felice Nava

Direttore Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD

A tutti coloro a cui è stato negato il diritto della malattia e della cura

Introduzione

In Italia l'istituto dell'affido farmacologico della terapia cosiddetta "sostitutiva" è una pratica clinica ormai largamente utilizzata da diversi anni dai medici dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T) per favorire nel paziente la massima *compliance* al programma di cura e migliorare gli *outcomes* del trattamento.

In questo contesto la recente possibilità data dal legislatore al clinico in base al D.M. del 16.11.07 che consente di poter affidare al paziente il farmaco per 30 giorni, rappresenta un notevole passo in avanti verso una clinica delle dipendenze sempre più razionale e basata sulle evidenze.

La possibilità dell'estensione temporale dello strumento dell'affido tende inoltre a soddisfare le mutate esigenze dei pazienti e dei Servizi e non costringe i medici dei Ser.T, almeno per quanto riguarda l'affido del farmaco, a praticare una medicina difensiva che ha offeso per troppi anni la dignità dei pazienti e di coloro che li curano. La possibilità dell'affido del farmaco sostitutivo fino a 30 giorni deve perciò rappresentare una opportunità che il clinico può offrire al paziente, sempre all'interno di una forte relazione terapeutica e di un chiaro programma clinico strutturato ed integrato di cura e riabilitazione.

I medici che si prendono cura dei tossicodipendenti conoscono bene quanto sia difficile la clinica delle dipendenze per varie ragioni, le principali delle quali sono l'incertezza degli esiti degli interventi e l'incapacità da parte del clinico di determinare con precisione i fattori prognostici. Questi elementi non sono soltanto dovuti all'essenza vera propria della malattia tossicodipendenza, e quindi alla possibile natura cronica e recidivante della stessa, ma sono spesso determinati da una serie di elementi, alcuni imprevedibili, che sono legati al paziente, al contesto in cui vive, al medico curante, alle risorse strutturali ed organizzative che quest'ultimo possiede e non in ultimo alle caratteristiche farmacologiche della molecola da somministrare ed eventualmente da dare in affido. Per fare un semplice esempio non si può prescindere nell'affidare il farmaco ad un paziente ad una attenta valutazione della sua motivazione al cam-

biamento e delle condizioni sociali e familiari in cui vive.

Esistono delle chiare ragioni per dare in affido il farmaco sostitutivo al paziente, così come di contro esistono evidenti situazioni che ne sconsigliano l'utilità.

In linea con questo semplice principio i trattamenti con i farmaci sostitutivi trovano dei limiti prescrittivi esclusivamente nei dati presenti nella letteratura scientifica e nelle evidenze cliniche, nonché nella normativa vigente e nei contenuti del codice deontologico medico.

Di fatto questa situazione pone al medico per l'utilizzo della terapia sostitutiva e dell'affido del farmaco solo i seguenti limiti assoluti:

- prescrizione e consegna di un dosaggio massimo pari a 30 giorni di terapia;
- divieto di consegna a persone minorenni o "manifestamente inferme di mente" (in questi casi esistenza di normativa specifica).

Come abbiamo già accennato la letteratura clinica indica chiaramente le situazioni per cui può essere opportuno l'utilizzo dell'affido del farmaco e quali vantaggi tale pratica comporta.

Esse in sintesi sono:

- il miglioramento della *compliance* e degli *outcomes*;
- l'opportunità di utilizzare l'affido come strumento di *contingency management* all'interno di un programma terapeutico strutturato;
- il permettere più facilmente al paziente tossicodipendente di raggiungere gli obiettivi psico-sociali prefissati all'interno del piano terapeutico concordato, fra cui ad es. il facilitare l'inserimento o il mantenimento lavorativo.

Se da una parte le evidenze scientifiche e cliniche ci dicono perché, quando e per quali ragioni conviene affidare il farmaco sostitutivo al paziente, dall'altra mettono il clinico all'erta nel consegnare il farmaco in alcune condizioni che sono:

- la presenza di una forma, persistente nel tempo, di abuso o cattivo uso del farmaco (compresa l'inosservanza della posologia e delle altre modalità prescrittive);
- la persistente inosservanza da parte del paziente delle precauzioni fornite dal clinico per la conservazione e la somministrazione del medicinale;
- la cosiddetta "diversione" del farmaco, cioè l'assunzione della terapia per vie diverse da quelle abituali (ad es. la somministrazione per via parenterale);

- la non assunzione del farmaco da parte del paziente e la cessione del medicinale ad altri.

Se da una parte la letteratura scientifica indica in maniera chiara, come vedremo meglio successivamente, quali sono i vantaggi che la forma dell'affido del farmaco fornisce in termini clinici e di esiti, non lo è per la definizione dei criteri di non concessione dal parte del medico della terapia in affido.

In altri termini esistono pochi studi clinici che hanno dimostrato quali sono le conseguenze negative nell'affidare o anche nel non affidare il farmaco sostitutivo al paziente.

Questo avviene per varie ragioni che sono soprattutto legate alla propensione da parte dei ricercatori nella costruzione di evidenze e di studi clinici più a favore di un determinato elemento o strumento (nel nostro caso il beneficio dell'affido del farmaco) che il contrario e soprattutto anche perché i criteri di "inaffidabilità" nella concessione del farmaco, rispetto a quelli di "affidabilità", risultano essere particolarmente sfumati e presentano numerose e maggiori variabili, alcune delle quali poco prevedibili e quindi difficilmente rilevabili dagli studi clinici.

Un recente studio, ad esempio, pur mettendo in evidenza una correlazione positiva fra affido del metadone e diversione dello stesso ammette che numerose variabili, spesso non controllabili e prevedibili dal clinico, come il cambiamento delle politiche di regolamentazione dello strumento dell'affido, la grande variabilità della disponibilità sul mercato di droghe, nonché la disomogenea o meno diffusione dei Servizi sul territorio, siano in grado di incidere sulla pratica della diversione del farmaco (Ritter, Di Natale, 2005).

Per questo motivo il clinico deve basare le sue scelte primariamente sui benefici che la terapia e lo strumento dell'affido possono offrire, piuttosto che il contrario (Ritter, Di Natale, 2005).

Ad ogni modo nella costruzione dei criteri di esclusione o di cautela dell'utilizzo dello strumento dell'affido consigliamo, per rimanere nei limiti della buona pratica clinica, di seguire semplicemente il buon senso e le indicazioni di base sopra esposte (ad es. prudenza dell'utilizzo dell'affido nel paziente che utilizza in maniera concomitante e costante psicofarmaci ed alcol, che presenta nel nucleo familiare altri tossicodipendenti attivi, o minori e per i soggetti che costantemente non osservano le prescrizioni definite e sono discontinui nell'osservazione del piano terapeutico), coscienti che la letteratura scientifica ci può nella stragrande maggioranza dei casi solo indicare i benefici dell'affido del farmaco e non i suoi pericoli e che l'esperienza clinica condivisa non si può sostituire alla attenta analisi del singolo caso.

Se la letteratura scientifica non presenta dati inequivocabili in grado di dare specifiche informazioni al medico su quando "non dare in affido il farmaco", per quanto riguarda il problema della diversione esistono, come

vedremo, delle chiare evidenze che tendono a consigliare al clinico l'adozione di specifici strumenti farmacologici e comportamentali per ridurre nel paziente il rischio di misuso (cioè di cattivo uso) del farmaco.

In particolare, se la letteratura scientifica fa notare che la diversione è più frequente nei pazienti che presentano scadenti condizioni di salute fisica e psichica e che versano in pessime condizioni sociali ed ambientali (Felder et al., 1999), dall'altra è anche ricca, come vedremo, nel fornire le strategie più efficaci per affrontare adeguatamente il fenomeno del misuso.

E' importante sottolineare che anche quelli che sono i nodi critici per l'utilizzo dell'affido possono essere sciolti nella pratica clinica dal medico attraverso l'analisi attenta del singolo caso e l'utilizzo di appropriati strumenti sia farmacologici che comportamentali che devono trovare le loro radici nella buona relazione terapeutica, nella razionalità e nella giustificabilità delle scelte adottate e nella possibilità di monitorare adeguatamente l'andamento del programma di cura, in modo che il paziente possa trarre dal trattamento farmacologico il maggior beneficio con il minimo costo.

Le evidenze della letteratura scientifica nell'utilizzo dello strumento dell'affido farmacologico nel tossicodipendente

Gli studi clinici sono concordi nell'attribuire all'affido del farmaco sostitutivo la capacità di aumentare la compliance al trattamento e di determinare un miglioramento degli outcomes.

Una ricerca che ha seguito per molti anni 21 eroinomani dell'area di Baltimora ha dimostrato che il metadone dato in affido come incentivo è in grado di garantire nei pazienti a 12 anni dall'inizio del trattamento un basso drop out (29%) e una minima percentuale di uso di eroina (0.5%) (Scwartz et al., 1999).

Un altro studio ha dimostrato che l'affido del metadone e l'aumento del suo dosaggio, soprattutto quanto questi avvengono già nelle prime fasi del trattamento sono in grado di migliorare la ritenzione nel programma, il rischio di contagio dell'infezione da HIV e l'uso di sostanze (Rhoades et al., 1998). Questo studio ha anche dimostrato come l'utilizzo dell'affido del farmaco e la somministrazione della terapia ad un dosaggio maggiore, piuttosto che un mero aumento della frequenza delle visite mediche siano gli elementi più importanti nel determinare una maggiore ritenzione in trattamento ed i migliori risultati dal programma di cura (Rhoades et al., 1998). Uno studio italiano ha messo in evidenza come l'entrata in vigore di una legge che imponeva perentoriamente la restrizione dello strumento dell'affido precedentemente permesso, è stata in grado di peggiorare dopo appena 6 mesi in 211 soggetti eroinomani in trattamento con metadone la risposta terapeutica al farmaco (Pani et al., 1996).

Particolarmente articolata è la letteratura scientifica sull'efficacia dei programmi terapeutici che utilizzano l'affido del farmaco sostitutivo come strumento di *contingency management*.

Uno studio su soggetti eroinomani che usano cocaina ha dimostrato che il gruppo che riceve l'affido del metadone come "rinforzo" positivo, rispetto al gruppo che non lo riceve, riduce di circa il 18% la positività delle urine (di entrambe le sostanze), contro il 2% del gruppo che non riceve il farmaco in affido (Chutuape et al., 1999).

Un più recente studio ha dimostrato che i soggetti eroinomani che ricevono in un programma di *contingency management* l'affido del metadone già dalle prime fasi del trattamento raggiungono dei migliori outcomes che sono in grado di persistere anche ad un *follow up* ad un anno di distanza dal termine della terapia (Preston et al., 2002).

Un altro studio ha provato che un programma in grado di premiare con l'affido del metadone i pazienti che non usano sostanze produce il 32% di soggetti astinenti per almeno 4 settimane, contro l'8% del gruppo di coloro che non godono dello strumento dell'affido del farmaco (Stitzer et al., 1992).

La possibilità di affidare ai pazienti eroinomani il farmaco è anche in grado di rinforzare l'aderenza dei pazienti ad interventi terapeutici complementari al trattamento con metadone.

In particolare, uno studio ha dimostrato che se l'affido del metadone è associato positivamente alla frequenza da parte dei pazienti a sedute terapeutiche di un programma suppletivo, queste non vengono comunemente disertate dai soggetti, cosa che accade frequentemente se le sedute vengono svincolate dall'affido del farmaco (Kidorf et al., 1994).

Un altro studio ha dimostrato che lo strumento dell'affido del metadone è in grado di rafforzare positivamente gli effetti di un eventuale premio in denaro associato alla consegna di urine negative (McCaul et al., 1984).

Quest'ultimo studio insieme ad un altro che suggerisce che l'affido del metadone nei pazienti eroinomani può rappresentare un rinforzo maggiore dello stesso denaro (Stitzer, Bigelow, 1978), dimostrano che l'affido del farmaco può costituire uno dei più potenti incentivi nella costruzione di programmi di *contingency management* nei pazienti eroinomani.

Un recente studio ha infine dimostrato che anche l'affido della buprenorfina in 24 soggetti eroinomani a Muar in Malaysia è in grado di favorire la ritenzione in trattamento e di ridurre l'uso di sostanze ed i riferiti comportamenti a rischio per il contagio dell'infezione da HIV (Chawarski et al., 2008), suggerendo che quello che negli anni è stato osservato per il metadone può essere confermato anche per la buprenorfina.

Evidenti sono anche i vantaggi psico-sociali offerti dalla possibilità di affidare al paziente il farmaco sostitutivo. A tale proposito uno studio retrospettivo su soggetti eroinomani in trattamento sostitutivo compiuto nel

2002 nel Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Varese, periodo in cui in Italia l'affido del farmaco non era ancora particolarmente diffuso come oggi, ha dimostrato che il numero delle somministrazioni settimanali del farmaco era minore per la buprenorfina (anche perché poteva essere somministrata a giorni alterni e veniva più frequentemente concessa in affido) rispetto al metadone e che questo dato era associato ad una maggiore capacità dei pazienti in trattamento con buprenorfina di trovare e/o mantenere una attività lavorativa (Nava et al., 2002).

Gli strumenti clinici per ridurre la diversione del farmaco sostitutivo

Il problema della "diversione", cioè dell'uso del farmaco sostitutivo per una via di somministrazione diversa da quella abituale è un fenomeno conosciuto sin dagli albori della terapia farmacologica per la dipendenza da eroina.

Un recente studio condotto a New York dimostra che il metadone viene "venduto" da circa il 60% dei soggetti in trattamento (Davis, Johnson, 2008), un dato che assolutamente può destare preoccupazione.

In Italia il fenomeno del misuso e della diversione non è stato invece mai quantificato ma meriterebbe di essere studiato anche se dalla percezione degli operatori il fenomeno sembra non essere allarmante come in altre realtà internazionali.

Il fenomeno della diversione del farmaco è ovviamente direttamente proporzionale all'esistenza di un suo mercato illegale che proviene nella stragrande maggioranza di casi dalla terapia data in affido.

Questo vale sia per il metadone che per la buprenorfina. Il fatto inoltre che il mercato illegale del metadone e della buprenorfina non abbia mai interessato le organizzazioni criminali testimonia la bassa appetibilità di queste sostanze in termini di potere gratificante e di abuso (come testimoniato anche dal loro profilo farmacologico) se paragonate alle comuni droghe e confina il loro misuso, compresa la loro diversione a tipologie "particolari" di tossicodipendenti in determinate situazioni che sono:

1. per automedicare la propria dipendenza;
2. per sopprimere una sindrome d'astinenza non oltremodo controllabile;
3. per il desiderio di "sballo" ad ogni costo (in assenza o in associazione ad altre sostanze). Considerato quanto detto il fenomeno del misuso del farmaco sostitutivo deve pertanto interessare e preoccupare la Società solo in termini clinici ed ogni altra considerazione non tecnica sul fenomeno non può che essere considerata strumentale ed interferente.

Sono degli anni '70 le prime segnalazioni sul fenomeno della diversione dell'uso del metadone nei pazienti eroinomani (Berger, 1973; Bourne, 1973; Goldman, Thistel, 1978; Resnick, 1977).

Uno studio retrospettivo compiuto in pazienti eroinoma-

ni in trattamento con metadone negli Stati Uniti nel distretto di Columbia negli anni 1969-74 ha dimostrato che i vantaggi dello strumento dell'affido del farmaco (migliore *compliance* e risultati) sono comunque maggiori degli svantaggi, compreso il fenomeno della diversione (Greene et al., 1975).

Sin dai primi studi pertanto le indicazioni cliniche erano chiaramente a favore dell'istituto dell'affido farmacologico.

Se si considera che le prime segnalazioni della diversione del metadone coincidono con il suo utilizzo su più vasta scala si comprende come il fenomeno sia imprescindibilmente legato alla natura stessa del trattamento ed alla tipologia particolare dei soggetti a cui è rivolto.

Ad ogni modo il problema della diversione dell'uso del farmaco sostitutivo è stato immediatamente affrontato dai clinici con l'adozione di diversi strumenti sia farmacologici che comportamentali, fra cui ad es. per il metadone la rapida introduzione in commercio della formulazione farmaceutica dello sciroppo, il cui uso è stato preferito almeno in Europa all'utilizzo delle compresse.

In particolare, per evitare ulteriormente la diversione del farmaco in molte nazioni, fra cui l'Italia, lo sciroppo è stato commercializzato, per renderlo ulteriormente più sicuro, in una soluzione orale con una elevata percentuale di zucchero in modo che il prodotto fosse più "denso" e quindi più difficilmente somministrabile per via parenterale (inizialmente in Italia il metadone era disciolto in una soluzione con base alcolica che comunque permetteva più facilmente la diversione del farmaco).

Nonostante tutto ciò ancora oggi in alcune realtà fra cui l'Australia il fenomeno dell'abuso del metadone per via parenterale è particolarmente diffuso, a testimonianza che la pratica della diversione del farmaco è dovuta a molte variabili alcune delle quali sono indipendenti dal medicinale e dal suo prescrittore.

In particolare, uno studio condotto in Australia nel New South Wales ha dimostrato l'esistenza del fenomeno dell'iniezione del metadone in sciroppo in un gran numero di tossicodipendenti, pratica in grado anche di favorire la diffusione di malattie infettive come le epatiti e l'AIDS (Hopwood et al., 2003).

Il fenomeno della diversione del metadone viene comunque registrato anche in altre nazioni oltre all'Australia.

Di recente in Irlanda uno studio condotto su 81 tossicodipendenti ha rilevato che il 73% di loro ha usato metadone non regolarmente prescritto prima di entrare in cura presso un Servizio specialistico e che una volta in trattamento il 55% di loro ha continuato ad usare il farmaco in maniera inappropriata (Roche et al., 2008).

Anche in Inghilterra il fenomeno della diversione del metadone è pratica nota.

Non dimentichiamo che in quella nazione il misuso del metadone era fino pochi anni fa favorito dalla presenza nel prontuario farmaceutico della forma parenterale del farmaco, che insieme a quella orale, veniva utilizzato per trattare i tossicodipendenti da eroina. L'esistenza del metadone utilizzabile per via parenterale che aveva

infatti destato nel Regno Unito non poche preoccupazioni ha fatto sì recentemente che quella formulazione fosse ritirata dal commercio e rimanesse in uso solo lo sciroppo (Sarfraz, Alcorn, 1999; Strang et al., 2000).

Uno dei pericoli maggiori della diversione, oltre la possibilità del contagio di malattie infettive, è l'*overdose*.

Negli anni sono state adottate varie misure per ridurre il fenomeno della diversione e dell'eventuale pericolo di *overdose* nei pazienti che assumono il farmaco sostitutivo e che lo ricevono in affido. Fra le più efficaci si sono rilevate il contestuale affido con il farmaco sostitutivo del naloxone, un antagonista degli oppiacei (Strang et al., 1999).

Una formulazione farmaceutica contenente la combinazione metadone/naloxone è stata anche sperimentata, ma mai commercializzata in Italia, per prevenire il fenomeno della diversione del metadone nei pazienti in trattamento. In particolare, uno studio ha visto come la combinazione metadone/naloxone sia in grado, se somministrata per via endovenosa, di procurare una severa sindrome astinenziale per la durata di 15-30 minuti (Loimer et al., 1991) tale da scoraggiare nel tempo l'uso inappropriato del farmaco. Questa esperienza del resto è precorritrice dell'utilizzo della moderna formulazione buprenorfina/naloxone (Suboxone®) di cui parleremo meglio successivamente.

Il problema della diversione non interessa ovviamente solo il metadone ma anche la buprenorfina.

Recentemente è stato visto come l'iniezione della buprenorfina, pur di per sé non particolarmente pericolosa (essendo un agonista parziale), può diventare particolarmente dannosa se associata ad altre sostanze.

Di recente è stato segnalato come in *Malaysia* su 19 eroinomani la diversione dell'uso della buprenorfina possa essere strettamente e pericolosamente associata a quella di benzodiazepine come il midazolam (Bruce et al., 2008).

Uno studio Australiano condotto dai farmacisti che dispensano sia il metadone che la buprenorfina dietro prescrizione medica ha appurato che la percentuale di diversione di quest'ultimo farmaco è più numerosa rispetto al metadone (la diversione della buprenorfina è presente nel 33% dei pazienti che la assumono) (Nielsen et al., 2007).

In uno studio australiano su 156 tossicodipendenti si è dimostrato che la buprenorfina è stata iniettata almeno una volta nella vita dal 37% dei pazienti in trattamento e dal 33% dello stesso campione almeno una volta negli ultimi 6 mesi (Jenkinson et al., 2005).

Sempre in Australia uno studio prospettico su 316 eroinomani ha messo in evidenza come a *Melbourne* la buprenorfina nel 10% dei tossicodipendenti studiati sia la sostanza più frequentemente iniettata e che il 32% del campione l'ha utilizzata per via parenterale almeno una volta nella vita (Aitken et al., 2008).

Il fenomeno della diversione favorito dalla cessione del farmaco ad altri è ben noto nel mondo e coinvolge anche molti Paesi europei.

Uno studio in Germania ha messo in evidenza come dal 1998, cioè da quando la legge tedesca rende possibile l'affido del metadone anche per una settimana, siano aumentati negli eroinomani non in trattamento il numero di morti per assunzione incongrua del farmaco non prescritto e quindi ceduto da altri (*Heinemann et al., 2000*).

Uno studio inglese ha segnalato come il fenomeno della diversione del farmaco sostitutivo (sia del metadone che della buprenorfina) sia largamente presente anche a Londra, ma in maniera interessante fa notare come esso dipenda non solo dalla opportunità dei "venditori" di ottenere del denaro da investire nell'eventuale acquisto di droghe ma anche dai "compratori" che hanno la necessità di assumere dosi maggiori del farmaco che i medici gli negano (*Fountain et al., 2000*).

Un altro studio condotto nel Regno Unito su un campione casuale di 3.000 medici di famiglia dell'Inghilterra e del Galles che prescrivevano agli eroinomani il metadone ha segnalato che circa il 50% dei loro pazienti utilizzava non correttamente il medicinale e che questa percentuale si era triplicata dal 1985 (*Strang et al., 2005*). Gli autori concludono che l'alto numero di "cattivi utilizzatori" del farmaco sia probabilmente dovuto alla scarsa attenzione prestata dai medici di medicina generale nel monitoraggio del paziente tossicodipendente (*Strang et al., 2005*).

Un altro studio condotto in Svezia ha dimostrato che a Malmö ben l'87% degli eroinomani che usano la droga per via endovenosa abusano della buprenorfina (*Hakansson et al., 2007*).

In Francia dove sono soprattutto i medici di medicina generale a fornire la terapia sostitutiva, il fenomeno della diversione del farmaco agonista non è parimenti meno allarmante (in Francia circa il 20% dei medici di medicina generale tratta circa 75.000 eroinomani con buprenorfina) (*Auriacombe et al., 2004*).

In particolare, l'uso intravenoso della buprenorfina viene registrato in circa il 20% del totale dei pazienti ma solo raramente a seguito di questa condotta si sono registrati fenomeni di *overdose* e quando questi sono avvenuti sono sempre stati in associazione all'abuso di sedativi (*Auriacombe et al., 2004*).

Un altro studio francese condotto su 440 tossicodipendenti in trattamento con buprenorfina a mantenimento ha dimostrato che ben il 67% di loro ha usato il farmaco per via parenterale (*Vidal-Trecan et al., 2003*).

Sempre uno studio francese ha messo in guardia dai pericoli della diversione dell'uso della buprenorfina per la possibilità di comparsa di gravi epatiti (*Berson et al., 2001*) e sempre dalla Francia vengono le segnalazioni di alcune morti per l'associazione incauta di buprenorfina e benzodiazepine (*Reynaud et al., 1998*).

A parte la considerazione del numero probabilmente non esiguo di consumatori per via parenterale della bupre-

norfina in Francia è però importante segnalare come dall'introduzione dal 1995 del nuovo farmaco le morti per *overdose* in quella nazione siano fortemente diminuite dell'80% (*Auriacombe et al., 2004*).

Sempre degli studi francesi hanno dimostrato come di fatto la diversione del farmaco possa riconoscere varie cause, non tutte imputabili al paziente. La diversione può infatti sovente dipendere più che da una cattiva intenzione o volontà del paziente di curarsi, quanto dall'incapacità del farmaco, se prescritto ad un dosaggio inadeguato, di sopprimere nel soggetto il desiderio dell'eroina. A questo proposito un recente studio francese ha dimostrato come su 111 eroinomani in trattamento con buprenorfina 36 ne hanno fatto uso per via parenterale perché erano stati trattati con una dose inadeguata del farmaco (*Roux et al., 2008*).

In quest'ottica, come per l'uso di eroina durante la terapia metadonica, l'uso per via parenterale della buprenorfina in corso di trattamento con il farmaco può essere considerato come una risposta inadeguata del paziente al dosaggio del medicamento, piuttosto che un semplice "misuso" (*Roux et al., 2008*).

Ad di là delle considerazioni fatte è importante segnalare come alcuni moderni presidi farmacologici possono limitare il misuso e la diversione della buprenorfina.

Ricordiamo infatti la possibilità data dalla buprenorfina (e forse ancora troppo poco utilizzata) di somministrare il farmaco, a differenza del metadone, anche a giorni alterni (*Bickel et al., 1999; Marsch et al., 2005*).

Recentemente sono state anche sperimentate formulazioni *depot* (a lento rilascio) di buprenorfina (*Sigmon et al., 2006; Sobel et al., 2004*). In particolare, un recente ed interessante studio ha dimostrato come in 11 eroinomani la iniezione di 58 mg di buprenorfina sotto forma *depot* è in grado di garantire per un periodo di circa 6 settimane delle concentrazioni plasmatiche del farmaco sufficientemente elevate da assicurare l'astinenza ma nel contempo non così alte da determinare effetti tossici o pericoli di *overdose* (*Sigmon et al., 2006*).

A parte le su citate esperienze sicuramente negli ultimi anni i risultati più interessanti nel limitare il fenomeno della diversione della buprenorfina si sono ottenuti con la combinazione buprenorfina/naloxone, una formulazione commercializzata con il nome di Suboxone®.

In particolare, dal 2002 negli Stati Uniti, e di recente anche in Italia, la formulazione buprenorfina/naloxone con un rapporto 4:1, si è dimostrata essere efficace oltre che nel trattamento della dipendenza da eroina anche nel ridurre il fenomeno del misuso, rendendo questo trattamento fra i più sicuri, per quanto riguarda la diversione, fra quelli oggi disponibili in commercio per il trattamento della dipendenza da eroina (*Amass et al., 2004; Mendelson, Jones, 2003*).

Il principio farmacologico per cui la combinazione buprenorfina/naloxone riduce il rischio di diversione è molto semplice. Il naloxone è normalmente non assorbito per via orale per cui se il farmaco viene assunto rego-

larmente dal paziente esso non è in grado di interferire con gli effetti della buprenorfina. Nel caso in cui il farmaco venisse invece assunto per via endovenosa il naloxone, che presenta una maggiore affinità (cioè una elevata forza di legame) rispetto alla buprenorfina per i recettori degli oppioidi, si legherebbe su tali recettori impedendo che l'oppiaceo possa svolgere la propria azione, e facendo sì che la persona non possa avvertire gli eventuali effetti gradevoli del farmaco e nel contempo sia protetta dalla comparsa dell'*overdose*.

Bisogna però sottolineare come ancora non è chiaro se la somministrazione congrua per via sub-linguale del Suboxone® comunque non permetta un certo assorbimento sistemico dell'antagonista. Un recente studio ha infatti dimostrato come il Suboxone® sia in grado di "revertire" un episodio di *overdose* indotto dall'eroina (Welsh et al., 2008).

A proposito delle proprietà farmacologiche possedute dal Suboxone® è importante ricordare che nei passaggi terapeutici fra metadone e buprenorfina, quando le condizioni cliniche lo consigliano e cioè a seguito di una mancata o insoddisfacente risposta terapeutica al metadone, il trasferimento deve avvenire con dosaggi di metadone non superiori ai 40 mg/die e con una dose di buprenorfina non superiore agli 8 mg/die.

Un recente studio ha infatti dimostrato che la somministrazione sub-linguale di Suboxone® a vari dosaggi (4/1, 8/2, 16/4, 32mg/8mg) è in grado di precipitare una sindrome astinenziale severa in soggetti in trattamento con 100 mg/die di metadone (Rosado et al., 2007).

Relativamente al passaggio da buprenorfina a Suboxone® recentemente uno studio retrospettivo è andato a valutare in 64 pazienti in trattamento con buprenorfina il passaggio a Suboxone® (Simojoki et al., 2008). Lo studio pur dimostrando la buona tollerabilità del Suboxone® ha messo in evidenza che dopo il passaggio al nuovo farmaco circa il 90% dei pazienti ha mantenuto lo stesso dosaggio assunto prima del cambio e che durante le prime 4 settimane circa il 50% dei soggetti ha presentato effetti avversi al nuovo farmaco (Simojoki et al., 2008). È interessante segnalare che nel *follow up* solo 4 pazienti hanno usato il Suboxone® per via parenterale e che questo non ha sortito in loro alcun effetto euforizzante o episodi di *overdose* (Simojoki et al., 2008). Questo studio suggerisce da una parte la buona tollerabilità del Suboxone® e dall'altra che è sempre bene concordare con il paziente l'eventuale passaggio al nuovo farmaco.

Uno studio pilota condotto in Australia ha dimostrato che il Suboxone® risulta essere ben tollerato anche nei pazienti che sono passati al nuovo farmaco dalla buprenorfina (Bell et al., 2004). Lo stesso studio ha rilevato che il nuovo farmaco è in grado di garantire buoni risultati anche senza una supervisione diretta della sua somministrazione (Bell et al., 2004).

Un recente studio ha dimostrato che in soggetti eroinomani in trattamento con Suboxone® più *counseling* i risultati in termini di ritenzione in trattamento e di uso di oppiacei a 24 settimane non variano se il farmaco

viene assunto sotto supervisione giornaliera, tre volte a settimana o una volta a settimana (Fiellin et al., 2006), suggerendo che il Suboxone® dato in affidamento non perde in efficacia rispetto allo stesso farmaco assunto giornalmente presso il Servizio.

Uno studio condotto in Finlandia, dove viene riportato un consistente abuso di buprenorfina, ha dimostrato che anche la combinazione buprenorfina/naloxone può essere abusata da tossicodipendenti "attivi" (Alho et al., 2007), testimoniando che non è solo la natura del farmaco l'unica componente a favorire o proteggere la persona dal fenomeno della diversione.

In particolare, lo studio ha rilevato come il Suboxone® viene abusato da circa il 68% degli eroinomani non in trattamento e che di questi circa l'80% riferisce di averne avuto una "brutta esperienza" (Alho et al., 2007). Questo studio pur interessante nella lettura dei suoi dati non è però in grado di rilevare il reale pericolo di abuso del Suboxone® perché di fatto interessa solo eroinomani non in trattamento e che usano ancora l'eroina per via endovenosa e quindi a maggiore rischio.

Le caratteristiche farmacologiche della molecola rendono il nuovo farmaco uno strumento utile per quanto riguarda il fenomeno della diversione e quindi da poter affidare con più sicurezza al paziente eroinomane in trattamento.

Il medico nella scelta del farmaco da utilizzare e da affidare non deve comunque dimenticare che il fenomeno della diversione non è l'unico aspetto delle condotte di misuso di un farmaco e che prima di tutto nella scelta terapeutica contano le potenzialità di efficacia di un medicamento e la risposta terapeutica che il paziente può ottenere e ottiene da esso.

In altri termini la sicurezza di un farmaco è data dal suo profilo farmacologico ma è il match terapia-paziente e la forte relazione terapeutica che rappresentano gli elementi più importanti per garantire i migliori risultati in termini di *safety* ed *effectiveness*.

Sulla possibilità di utilizzare la forma dell'affido del farmaco a persone con morfinurie positive o con positività ad altre sostanze

Se da una parte l'obiettivo primario ed auspicabile del trattamento della tossicodipendenza sia sempre quello di garantire una astinenza completa e duratura nel tempo, non si può ignorare che la storia naturale della malattia impone la possibilità della ricaduta nell'uso, anche di una o più sostanze diverse dalla primaria.

Anche in questi ultimi casi la letteratura scientifica è chiara nell'indicare che la terapia sostitutiva, se questa aveva avuto una certa efficacia, non deve essere necessariamente sospesa in caso di morfinurie positive e di positività ad altre sostanze, così come il clinico non deve essere obbligatoriamente costretto a mutare le sue precedenti modalità prescrittive (come per l'es. l'affido), sempre che non siano sopraggiunte differenti condizioni

cliniche e/o siano mutati gli obiettivi terapeutici.

La ragione di quanto detto si basa sul semplice principio neurobiologico che la terapia cosiddetta "sostitutiva", a differenza di altri strumenti farmacologici, non è solo sintomatica ma è anche patogenetica (e per questo sarebbe opportuno non chiamarla più sostitutiva) (Nava, 2004).

La terapia sostitutiva fra le altre cose è infatti in grado di normalizzare quadri fisiopatologici e meccanismi omeostatici alterati dalla malattia (come es. una patologica risposta all'asse dello stress) (Kreek, 2000; Nava et al., 2006; Stimmel, Kreek, 2002) e che una sospensione clinicamente ingiustificata del farmaco andrebbe inevitabilmente ed ulteriormente a scompensare.

In altri termini nella stragrande maggioranza dei casi la sospensione della terapia sostitutiva negli eventi di ricaduta o di uso di sostanze andrebbe a peggiorare il quadro clinico.

A questa evidenza si devono aggiungere due situazioni farmacologiche che rendono la terapia sostitutiva oltre modo utile anche in caso di morfinurie positive:

1. la capacità del farmaco, con la sua assunzione cronica, di determinare a livello cellulare una *down-regulation* ed internalizzazione del recettore degli oppioidi (provato nel trattamento con il metadone) e una desensibilizzazione recettoriale (Virk, Williams, 2008; Zhao et al., 2006), proteggendo il paziente dal rischio di *overdose*;
2. la possibilità del medicamento di determinare una occupazione recettoriale in grado di far percepire meno intensamente gli effetti dell'eventuale uso di eroina e quindi di favorire nei consumatori saltuari o occasionali i processi di estinzione (Donny et al., 2002).

A tutto ciò bisogna aggiungere che gli studi clinici hanno dimostrato che il farmaco sostitutivo, anche quando viene assunto da soggetti con morfinurie positive, è sempre in grado di ridurre le conseguenze negative legate all'assunzione della droga, come il contagio di malattie infettive e l'attività criminale (Joseph et al., 2000).

Più semplicemente se una persona assumesse tutti i giorni la terapia sostitutiva (e nessuna sostanza d'abuso) correrebbe esclusivamente i "rischi", assolutamente limitati, degli effetti collaterali del farmaco con l'enorme beneficio del raggiungimento dell'astinenza; se la stessa persona assumesse sempre tutti i giorni la terapia sostitutiva e saltuariamente o raramente l'eroina, la tolleranza crociata fra terapia ed eroina, proteggerebbe il paziente dall'*overdose* e dalle conseguenze negative dovute all'assunzione dell'eroina.

Non dovrebbe invece verificarsi il caso (nella pratica clinica molto infrequente) di persone che assumono la terapia sostitutiva e che prendono quotidianamente o frequentemente l'eroina perché il soggetto, per l'esistenza della tolleranza crociata, sarebbe costretto ad aumentare, con evidenti danni personali, il dosaggio della droga. Questa eventualità è però più teorica che reale perché di fatto il tossicodipendente in questa improbabile situazione clinica sarebbe costretto a spendere più denaro per provare gli stessi effetti sperimentati in

assenza della terapia sostitutiva.

La situazione è senz'altro più complessa quando nel corso di terapie sostitutive compaiono forme di abuso di altre sostanze o la persistenza del consumo di droghe diverse dall'eroina.

Senza entrare nel dettaglio e nella complessità dei meccanismi neurobiologici coinvolti nel poliabuso, come ad es. accade quando è l'alcol a complicare l'eroinismo, è utile segnalare che, anche in questo caso, è importante che il clinico prenda le sue decisioni soprattutto in base all'analisi del singolo caso tenendo in considerazione i bisogni del paziente, le risorse terapeutiche disponibili, gli obiettivi del programma e non in ultimo le evidenze scientifiche e cliniche.

Per rendere ragione della complessità delle diverse situazioni cliniche in relazione all'esistenza di forme di poliabuso in soggetti che assumono la terapia sostitutiva si possono fare alcune considerazioni che vengono da studi dal nostro stesso gruppo di ricerca.

Un nostro studio che è andato a valutare gli *outcomes* del trattamento farmacologico con metadone (valutato in termini di *drop outs* dal trattamento, di raggiungimento dell'astinenza dall'eroina e di normalizzazione dell'asse dello stress) in due gruppi di eroinomani in trattamento con il farmaco sostitutivo per un totale di 121 pazienti, il primo gruppo senza l'uso di altre sostanze ed il secondo con l'uso cronico di cannabis, ha dimostrato che a 12 mesi in entrambi i gruppi la terapia con metadone è in grado di permettere il raggiungimento degli stessi *outcomes* (Nava et al., 2007).

Al contrario, un altro nostro studio, ancora non pubblicato, condotto in due gruppi di pazienti eroinomani in trattamento con metadone per un totale di 89 pazienti, uno che fuma tabacco e l'altro che non fuma, ha dimostrato che il primo (cioè quello che assume nicotina) rispetto al secondo, raggiunge risultati nettamente e significativamente inferiori rispetto all'altro (Nava et al., 2008).

Alla luce di questi studi il clinico che non esaminasse il singolo caso e che si basasse per esempio esclusivamente sui nostri dati potrebbe tendere a non utilizzare l'affido del farmaco nei tabagisti mentre lo farebbe per i consumatori di cannabis. Le cose ovviamente sono inevitabilmente più complesse ed il ragionamento sovra esposto serve solo provocatoriamente a mettere in luce una realtà clinica sicuramente sfaccettata e complessa che deve e può trovare una risposta esclusivamente nell'esame attento del singolo caso.

Da quanto detto esistono perciò delle ragioni concrete per cui non bisogna, in assenza di altre valide e comprovate alternative, sospendere il trattamento farmacologico sostitutivo in corso di ricaduta o uso di altre sostanze, così come anche il suo affido (a meno che esso non sia strutturato in un preciso programma di *contingency management*).

Questa evidenza vale sia che il consumo interessi la sostanza primaria e cioè l'eroina che altre droghe.

Nel primo caso perché chiaramente esporremmo il

paziente verosimilmente ad una ripresa più attiva dell'assunzione della sostanza e nel secondo perché rischieremo la ripresa dell'uso dell'eroina (ormai sotto controllo) con un eventuale peggioramento del quadro clinico e di poliabuso.

Uno studio ormai di alcuni decenni fa ma pur sempre importante ha dimostrato che l'affido del metadone anche in soggetti eroinomani poliabusatori strutturato in un programma di *contingency management* è in grado di favorire la riduzione dell'uso non solo di eroina ma anche di altre sostanze (Iguchi et al., 1988).

Un altro studio sempre datato ha però dimostrato che l'affido del metadone in soggetti eroinomani che abusano cocaina è efficace nel ridurre l'uso di quest'ultima sostanza solo nel primo mese di terapia (Magura et al., 1988).

Sempre in riferimento all'uso di cocaina in soggetti eroinomani in trattamento con metadone uno studio ha dimostrato che la fluoxetina in associazione all'affido del metadone utilizzato come incentivo dell'astinenza è in grado di ridurre anche l'uso di cocaina favorendo probabilmente anche l'azione dell'antidepressivo nel ridurre l'abuso dello psicostimolante (Schmitz et al., 1998).

Un altro studio più recente ha dimostrato che in eroinomani che usano cocaina l'affido del farmaco in associazione a *voucher* per favorire l'astinenza è in grado di ridurre anche l'uso di cocaina (Silverman et al., 2004).

Un altro studio ha anche dimostrato che l'uso dell'affido del metadone è uno strumento efficace negli eroinomani che consumano cannabis nel ridurre l'uso pure di quest'ultima sostanza (Calsyn, Saxon, 1999).

Considerato quanto detto l'affido del farmaco sostitutivo nei poliabusatori sarebbe in grado di ridurre il consumo di sostanze diverse dall'eroina non tanto per gli effetti farmacologici della terapia sostitutiva quanto per la forza "incentiva" dello strumento dell'affido. E' importante però ricordare che nei fenomeni di poliabuso le strategie terapeutiche e comportamentali sono naturalmente più complesse ed articolate della sola somministrazione del farmaco sostitutivo o della sua concessione in affido. Non possiamo inoltre dimenticare che dopo il fallimento del raggiungimento dell'astinenza totale e protratta nel tempo anche la riduzione dell'uso di eroina può essere un obiettivo clinicamente accettabile della terapia farmacologica, sempre che essa comporti un chiaro miglioramento delle condizioni fisiche, psichiche e sociali del paziente e che il clinico abbia escluso l'esistenza di altre valide alternative terapeutiche. Non possiamo altresì ignorare che per una certa tipologia di pazienti che usa sostanze la terapia farmacologica sostitutiva può essere l'unica possibilità di ridurre il rischio di decesso per *overdose*. In molti casi la terapia farmacolo-

gica sostitutiva non deve perciò essere sospesa anche in presenza di morfinurie positive o uso di altre sostanze, così come lo strumento dell'affido, soprattutto nelle situazioni in cui l'obiettivo primario del clinico sia quello di mantenere il paziente in trattamento e non privarlo di uno strumento terapeutico comunque efficace nel raggiungere determinati obiettivi.

Questa tipologia di pazienti se trattati con metadone dovrebbero ricevere un aumento del dosaggio del farmaco, mentre se trattati con buprenorfina potrebbero giovare di un aumento del dosaggio e di un contestuale passaggio al Suboxone®.

Tutto ciò detto appare corretto procedere alla prescrizione del farmaco sostitutivo e all'affidamento dello stesso a soggetti con morfinurie positive o che fanno uso di altre sostanze:

- se il medico è in grado di valutare attentamente il singolo caso in base alle evidenze scientifiche più sopra specificate;
- se le condizioni cliniche del paziente non richiedano la necessità di controlli troppo ravvicinati;
- se vengono esplicitati in cartella clinica i ragionamenti che hanno portato il medico alle scelte terapeutiche intraprese fra cui l'adozione dello strumento dell'affido.

Conclusioni

Oggi lo strumento dell'affido della terapia sostitutiva non può essere ignorato dal clinico e dalla Società perché elemento essenziale per favorire nel paziente eroinomane la *compliance* ed il raggiungimento dei migliori esiti.

Non possiamo però dimenticare che lo strumento dell'affido porta con sé la possibilità del misuso del farmaco da parte del paziente, compresa la possibilità della diversione e che esistono appropriati strumenti farmacologici e comportamentali per evitare questo pericolo.

In riferimento al misuso del farmaco sostitutivo è importante precisare che la migliore garanzia per il clinico nell'evitare il fenomeno è la costruzione di una forte relazione terapeutica con il paziente all'interno di un progetto di cura strutturato ed integrato dove il monitoraggio terapeutico sia puntuale e l'affido del farmaco sia strutturato in un programma di *contingency management* o almeno finalizzato al raggiungimento di chiari obiettivi terapeutici.

In questo contesto l'affido del farmaco diventa strumento e strategia terapeutica e come tale non può e deve essere messo in discussione da altri se non dal medico prescrittore ed essere vietato o limitato dalla legge.

Bibliografia

- Aitken C.K., Higgs P.G., Hellard M.E. Buprenorphine injection in Melbourne, Australia—an update. *Drug Alcohol Rev.*, 27, 197-9, 2008.
- Alho H., Sinclair D., Vuori E., Holopainen A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend.*, 88, 75-8, 2007.
- Amass L., Ling W., Freese T.E., Reiber C., Annon J.J., Cohen A.J., McCarty D., Reid M.S., Brown L.S., Clark C., Ziedonis D.M., Krejci J., Stine S., Winhusen T., Brigham G., Babcock D., Muir J.A., Buchan B.J., Horton T. Bringing buprenorphine-naloxone detoxification to community treatment providers: the NIDA Clinical Trials Network field experience. *Am. J. Addict.* 13 Suppl. 1, S42-66, 2004.
- Auriacombe M., Fatseas M., Dubernet J., Daulouede J.P., Tignol J. French field experience with buprenorphine. *Am. J. Addict.*, 13 Suppl. 1, S17-28, 2004.
- Bell J., Zador D. A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Saf.*, 22, 179-90, 2000.
- Bell J., Byron G., Gibson A., Morris A. A pilot study of buprenorphine-naloxone combination tablet (Suboxone) in treatment of opioid dependence. *Drug Alcohol Rev.*, 23, 311-7, 2004.
- Bell J., Shanahan M., Mutch C., Rea F., Ryan A., Batey R., Dunlop A., Winstock A. A randomised trial of effectiveness and cost-effectiveness of observed versus unobserved administration of buprenorphine/naloxone for heroin dependence. *Addiction*, 102, 1899-907, 2007.
- Berger H. Prevention of the diversion of clinic methadone to the street market. *Proc. Natl. Conf. Methadone Treat.*, 2, 1264-6, 1973.
- Bickel W.K., Amass L., Crean J.P., Badger C.J. Buprenorphine dosing every 1, 2, or 3 days in opioid-dependent patients. *Psychopharmacology*, 146, 111-8, 1999.
- Blanchin T., Boissonnas A., Vareseon I., Vidal-Trecan G. Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse. *Subst. Use Misuse*, 38, 429-42, 2003.
- Bourne P.G. Methadone diversion. *Proc. Natl. Conf. Methadone Treat.*, 2, 839-41, 1973.
- Bruce RD, Govindasamy S., Sylla L., Haddad M.S., Kamarulzaman A., Altice FL. Case series of buprenorphine injectors in Kuala Lumpur, Malaysia. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 34, 511-7, 2008.
- Calsyn D.A., Saxon A.J. An innovative approach to reducing cannabis use in a subset of methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend.*, 53, 167-9, 1999.
- Chai L.Y., Khare C.B., Chua A., Fisher D.A., Tambyah P.A. Buprenorphine diversion: a possible reason for increased incidence of infective endocarditis among injection drug users? The Singapore experience. *Clin. Infect. Dis.*, 46, 953-5, 2008.
- Chawarski M.C., Mazlan M., Schottenfeld R.S. Behavioural drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence-contingent take-home buprenorphine: a pilot randomised clinical trial. *Drug Alcohol Depend.*, 94, 281-4, 2008.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M.L. Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers. *J. subst. Abuse Treat.*, 16, 23-30, 1999.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M. Contingent reinforcement sustains post-detoxification abstinence from multiple drugs: a preliminary study with methadone patients. *Drug Alcohol Depend.*, 54, 69-81, 1999.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M.L. Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program. *Drug Alcohol Depend.*, 62, 69-76, 2001.
- Comer S.D., Sullivan M.A., Walker E.A. Comparison of intravenous buprenorphine and methadone self-administration by recently detoxified heroin-dependent individuals. *Journal Exp. Pharmacol. Ther.*, 315, 132030, 2005.
- Davis W.R., Johnson B.D. Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York City. *Drug Alcohol Depend.*, 92, 267-76, 2007.
- Donny E.C., Welsh S.L., Bigelow G.E., Eissenberg T., Stitzer M.L. High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology*, 162, 202-12, 2002.
- Fatseas M., Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. *Curr. Psychiatry Rep.*, 9, 358-64, 2007.
- Felder C., Uehlinger C., Baumann P., Powell K., Eap CB. Oral and intravenous methadone use: some clinical and pharmacokinetic aspects. *Drug Alcohol Depend.*, 55, 137-43, 1999.
- Fiellin D.A., Pantalon M.V., Chawarski M.C., Moore B.A., Sullivan L.E., O'connor P.G., Schottenfeld R.S. Counseling plus buprenorphine-naloxone maintenance therapy for opioid dependence. *N. Engl. J. Med.*, 355, 365-74, 2006.
- Fountain J., Strang J., Gossop M., Farrell M., Griffiths P. Diversion of prescribed drugs by users in treatment: analysis of the UK market and new data from London. *Addiction*, 95, 393-406, 2000.
- Greene M.H., Brown B.S., DuPont R.L. Controlling the abuse of illicit methadone in Washington, DC. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 221-6, 1975.
- Goldman F.R., Thistel C.I. Diversion of methadone: illicit methadone use among applicants to two metropolitan drug abuse programs. *Int. J. Addict.*, 13, 855-62, 1978.
- Hakansson A., Medvedeo A., Andersson M., Berglund M. Buprenorphine misuse among heroin and amphetamine users in Malmo, Sweden: purpose of misuse and route of administration. *Eur. Addict. Res.*, 13, 207-15, 2007.
- Heinemann A., Iwersen-Bergmann S., Stein S., Schmoltd A., Puschel K. Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment? *Forensic Sci. Int.*, 113, 449-55, 2000.
- Hopwood M., Southgate E., Kippax S., Bammer G., Isaac-Toua G., MacDonald M. The injection of methadone syrup in New South Wales: patterns of use and increased harm after partial banning of injecting equipment. *Aust. N.Z. J. Public Health*, 27, 551-5, 2003.
- Iguchi M.Y., Stitzer M.L., Bigelow G.E., Liebson I.A. Contingency management in methadone maintenance: effects of reinforcing and aversive consequences on illicit polydrug use. *Drug Alcohol Depend.*, 22, 1-7, 1988.
- Jenkinson R.A., Clark N.C., Fry C.L., Dobbin M. Buprenorphine diversion and injection in Melbourne, Australia: an emerging issue? *Addiction*, 100, 197-205, 2005.
- Joseph H., Stancliff S., Langrand J. Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *Mt. Sinai J. Med.*, 67, 347-64, 2000.
- Kaur A.D., McQueen A., Jan S. Opioid drug utilization and cost outcomes associated with the use of buprenorphine-naloxone in patients with a history of prescription opioid use. *J. Maang. Care Pharm.*, 14, 186-94, 2008.
- Kidorf M., Stitzer M.L., Brooner R.K., Goldberg J. Contingent metha-

done take-home doses reinforce adjunct therapy attendance of methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend.*, 36, 221-6, 1994.

Kreek M.J. Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann. NY Acad. Sci.*, 909, 186-216, 2000.

Loimer N., Presslich O., Grunberger J., Linzmayer L. Combined naloxone/methadone preparations for opiate substitution therapy. *J. Subst Abuse Treat.*, 8, 157-160, 1991.

Magura S., Casriel C., Goldsmith D.S., Strug D.L., Lipton D.S. Contingency contracting with polydrug-abusing methadone patients. *Addict. Behav.*, 13, 113-8, 1988.

Marsch L.A., Bickel W.K., Badger G.J., Jacobs E.A. Buprenorphine treatment for opioid dependence: the relative efficacy of daily, twice and thrice weekly dosing. *Drug Alcohol Depend.*, 77, 195-204, 2005.

McCaul M.E., Stitzer M.L., Bigelow G.E., Liebson I.A. Contingency management interventions: effects on treatment outcome during methadone detoxification. *J. Appl. Behav. Anal.*, 17, 35-43, 1984.

Mendelson J., Jones R.T. Clinical and pharmacological evaluation of buprenorphine and naloxone combinations: why the 4:1 ratio for treatment? *Drug Alcohol Depend.*, 70, S29-S37, 2003.

Nava F. *Manuale di Neurobiologia e Clinica delle Dipendenze*. Franco Angeli Editore, Milano, 2004.

Nava F., Caldiroli E., Marino V. L'Esperienza dell'Impiego della Buprenorfina nel Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Verese. Uno Studio Retrospectivo. In: Nava et al. *Il Trattamento della Dipendenza da Oppiacei*. Editeam Editore, Bologna, pag. 61-80, 2002.

Nava F., Caldiroli E., Premi S., Lucchini A. Relationship between plasma cortisol levels, withdrawal symptoms and craving in abstinent and treated heroin addicts. *J. Addict. Dis.*, 25, 9-16, 2006.

Nava F., Manzato E., Lucchini A. Nicotine in chronic smokers does not permit the normalization of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in heroin addicts treated with methadone. Unpublished data, 2008.

Nava F., Manzato E., Lucchini A. Chronic cannabis use does not affect the normalization of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis induced by methadone in heroin addicts. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 31, 1089-94, 2007.

Nielsen S., Dietze P., Dunlop A., Muhleisen P., Lee N., Taylor D. Buprenorphine supply by community pharmacists in Victoria, Australia: perceptions, experiences and key issues identified. *Drug Alcohol Rev.*, 26, 143-51, 2007.

Pani P.P., Pirastu R., Ricci A., Gessa G.L. Prohibition of take-home dosages: negative consequences on methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.*, 41, 81-4, 1996.

Preston K.L., Umbricht A., Epstein D.H. Abstinence reinforcement maintenance contingency and one-year follow up. *Drug Alcohol Depend.*, 67, 125-37, 2002.

Resnick R.B. Problems of methadone diversion and implications for control. *Int. J. Addict.*, 12, 803-6, 1977.

Reynaud M., Petti G., Potare D., Courty P. Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines. *Addiction*, 93, 1385-92, 1998.

Rhoades H.M., Creson D., Elk R., Schmitz J., Grabowski J. Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency. *Am. J. Public Health*, 88, 34-9, 1998.

Ritter A., Di Natale R. The relationship between take-away policies

and methadone diversion. *Drug Alcohol Rev.*, 24, 347-52, 2005.

Roche A., McCabe S., Smyth B.P. Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment for opiate dependence. *Eur. Addict Res.*, 14, 219-25, 2008.

Rosado J., Walsh S.L., Bigelow G.E., Strain E.C. Sublingual buprenorphine/naloxone precipitated withdrawal in subjects maintained on 100 mg of daily methadone. *Drug Alcohol Depend.*, 90, 261-9, 2007.

Roux P., Villes V., Blanche J., Bry D., Spire B., Feroni I., Carrieri M.P. Buprenorphine in primary care: risk factors for treatment injection and implications for clinical management. *Drug Alcohol Depend.*, 97, 105-13, 2008.

Sarfraz A., Alcorn R.J. Injectable methadone prescribing in the United Kingdom-current practice and future policy guidelines. *Subst Use Misuse*, 34, 1709-21, 1999.

Schmitz J.M., Rhoades H.M., Elk R., Creson D., Hussein I., Grabowski J. Medication take-home doses and contingency management. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, 6, 162-8, 1998.

Schwartz R.P., Brooner R.K., Montoya I.D., Currens M., Hayes M. A 12-years follow-up of a methadone medical maintenance program. *Am. J. Addict.*, 8, 293-9, 1999.

Sigmon S.C., Moody D.E., Nuwayser E.S., Bigelow G.E. An injection depot formulation of buprenorphine: extended bio-delivery and effects. *Addiction*, 101, 420-32, 2006.

Silverman K., Robles E., Mudric T., Bigelow G.E., Stitzer M.L. A randomized trial of long-term reinforcement of cocaine abstinence in methadone-maintained patients who inject drugs. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 72, 839-54, 2004.

Simojoki K., Vormaa H., Alho H. A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (suboxone). *Subst. Abuse Treat.*, 17, 3-16, 2008.

Sporer K.A. Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ*, 326, 442-4, 2003.

Sobel B.F., Sigmon S.C., Walsh S.L., Johnson R.E., Liebson I.A., Nuwayser E.S., Kerrigan J.H., Bigelow G.E. Open-label trial of an injection depot formulation of buprenorphine in opioid detoxification. *Drug Alcohol Depend.*, 73, 11-22, 2004.

Stimmel B., Kreek M.J. Neurobiology of addictive behaviours and its relationship to methadone maintenance. *Mt. Sinai J. Med.*, 67, 375-80, 2000.

Stitzer M., Bigelow G. Contingency management in a methadone maintenance program: availability of reinforcers. *Int. J. Addict.*, 13, 737-46, 1978.

Stitzer M.L., Iguchi M.Y., Felch L.J. Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone maintenance patients. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 60, 927-34, 1992.

Strang J., Powis B., Best D., Vingoe L., Griffiths P., Taylor C., Welch S., Gossop M. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*, 94, 199-204, 1999.

Strang J., Marsden J., Cummins M., Farrell M., Finch E., Gossop M., Stewart D., Welch S. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction*, 95, 1631-45, 2000.

Strang J., Sheridan J., Hunt C., Kerr B., Gerada C., Pringle M. The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales. *Br. J. Gen. Pract.*, 55, 444-51, 2005.

Vidal-Trecan G., Varescon I., Nabet N., Boissonnas A. Intravenous

use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. *Drug Alcohol Depend.*, 69, 175-81, 2003.

Virk M.S., Willimas J.T. Agonist-specific regulation of mu opioid receptor desensitisation and recovery from desensitisation. *Mol. Pharmacol.*, 73, 1301-8, 2008.

Welsh C., Sherman S.G., Tobin K.E. A case of heroin overdose reversed by sublingually administered buprenorphine/naloxone (Suboxone), *Addiction*, 103, 1226-8, 2008.

Winstock A.R., Lea T., Sheridan J. Prevalence of diversion and injection

of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. *Int. J. Drug Policy*, [Epub ahead of print], 2008.

Zador D.A., Sunjic S.D. Methadone-related deaths and mortality rate during induction into methadone maintenance, New South Wales, 1996. *Drug Alcohol Rev.*, 21, 131-6, 2002.

Zhao H., Loh H.H., Law P.Y. Adenyl cyclase superactivation induced by long-term treatment with opioid agonist is dependent on receptor localized within lipid rafts and is independent of receptor internalisation. *Mol. Pharmacol.* 69, 1421-32, 2006.

L'AFFIDO DI METADONE NEI SER.T E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE LA COLLABORAZIONE A TRIESTE

di Roberta Balestra, *Direttore - Dipartimento dipendenze ASS1 Triestina*
e Gianni Conti, *Dirigente medico - Dipartimento dipendenze ASS1 Triestina*

Premessa

L'ASS 1 Triestina, memore e forte dell'esperienza basagliana ed in linea con quanto previsto dalle leggi di riforma dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari, ha negli anni sviluppato, sia in termini organizzativi che di proposte di cura, modalità e risposte quanto più personalizzate, vicine e accessibili ai cittadini. Si sono nel tempo realizzate, dalla creazione e continuo potenziamento dei Distretti sanitari come reale alternativa all'ospedale, al rafforzamento dei Dipartimenti e dei servizi specialistici, al coinvolgimento dei medici di famiglia, all'integrazione con i servizi sociali, alle progettualità attuate con la cooperazione sociale, il terzo settore, le imprese.

Scelta non facile, che mette al centro del sistema della programmazione e dell'offerta di salute il Servizio Pubblico, che richiede una continua e faticosa revisione e rilettura di quanto e come si lavora, che presuppone innovazione nell'uso e nella valorizzazione delle risorse, ascolto e conoscenza delle necessità, dei bisogni e delle potenzialità delle persone e dei loro contesti di vita, dialogo con i cittadini e con le associazioni che li rappresentano, collaborazione con una molteplicità di differenti soggetti.

Anche il Dipartimento delle Dipendenze, nel perseguire l'obiettivo di personalizzare l'offerta, ha negli anni sperimentato nuovi modelli di intervento, sia nel campo della prevenzione che della cura-riabilitazione, potendo contare su una propria autonomia di budget e su risorse adeguate (a Trieste il Dipartimento delle Dipendenze è stato istituito nel 1998 ed è di tipo strutturale).

Il progetto di coinvolgimento dei medici di medicina generale è nato nel 1994, subito dopo il referendum che ha abrogato l'articolo del DPR 309/90 che precludeva loro la possibilità di prescrizione del metadone.

Prescrizione e affidamento della terapia sostitutiva

Per quanto riguarda la prescrizione e l'affido della terapia sostitutiva, possiamo sostanzialmente dire che la disciplina degli stupefacenti, pur complessa e dettagliata nel suo insieme, non ha mai affrontato il tema dell'affido o della consegna diretta al paziente del farmaco sostitutivo, limitandosi a trattare negli anni il tema della prescrizione.

Bisogna arrivare al DM del 16 novembre 2007 per trovare esplicitata la possibilità di consegna diretta al paziente dei medicinali (o in caso di minore, a chi esercita la patria

potestà) per un periodo di cura non superiore a trenta giorni, al fine di agevolare l'aderenza al trattamento.

Lo stesso decreto ha ribadito quanto detto dalla precedente legge 49 del 2006 e cioè la possibilità di prescrivere nella stessa ricetta il farmaco sostitutivo per un massimo di 30 giorni, all'interno del piano terapeutico redatto a cura del Servizio Pubblico per le dipendenze o del Privato autorizzato.

Prima di questa data l'affido veniva fatto per una durata massima di 8 giorni, per analogia a quanto era stato previsto in tema di prescrizione. L'interpretazione correntemente adottata era quella che la consegna della ricetta nelle mani della persona fosse di fatto una modalità di affidamento della terapia.

Seguendo cronologicamente le tappe normative fondamentali, il testo unico DPR n.309 del 09.10.1990 *non aveva contemplato norme relative alla consegna diretta dei medicinali ai pazienti da parte delle Strutture di cura Pubbliche o Private autorizzate.*

Nel 1990, il Ministro della Sanità ha emanato il DM n.445/90, che ha limitato in modo restrittivo l'impiego del metadone alla sola disintossicazione, escludendo il trattamento più importante e diffuso di lungo termine o "mantenimento". Lo stesso decreto ha previsto l'obbligo di rigidi controlli dei soggetti in cura (almeno un esame tossicologico alla settimana) ed ha *esplicitamente escluso forme di affidamento* del farmaco.

Il referendum del 1993 ha limitato la potestà del Ministro di normare la materia (DPR n. 161 del 05.06.93 ha abrogato l'art. 2 c.1 lettera e punto 4 del DPR n.309/90), investendo di riflesso anche le norme derivate dalla fonte abrogata, come il DM n.445/90 (Porcella 1994).

Il vuoto seguito al referendum ha generato non poca confusione tra gli addetti ai lavori, tanto che il Ministero della Sanità ha comunque emesso 2 circolari esplicative: la n. 240 del 30 luglio 1993 e la n. 20 del 30 settembre 1994. La prima ha ribadito le norme rimaste in vigore dopo il referendum, la seconda, "Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi", ha messo in evidenza alcuni elementi, tra cui il ruolo del MMG nella cura e la centralità del Servizio Pubblico per le tossicodipendenze nel definire il programma terapeutico globale. Ha previsto inoltre due

principali modalità di trattamento con metadone (disassuefazione e mantenimento) e la possibilità di affidare il farmaco, ma solo ad un parente identificato, per un massimo di 2 giorni di trattamento.

Questa circolare, pur facendo per la prima volta esplicito riferimento all'affido, è risultata nella sostanza contraddittoria, in quanto ha imposto delle condizioni eccessivamente restrittive e penalizzanti per la persona impossibilitata a recarsi al Servizio, quando la stessa avrebbe potuto avere direttamente prescritta la quantità di metadone pari ad un periodo massimo di 8 giorni.

Dopo il 1994 sono seguiti 12 anni di vuoto normativo, fino alla legge n.49 del 21.02.2006, che, come già precedentemente anticipato, in tema di prescrizione ha prolungato da 8 a 30 giorni il periodo di riferimento della singola ricetta, ha introdotto il piano terapeutico obbligatorio, ha previsto un apposito ricettario per gli stupefacenti del Ministero della Salute (approvato con successivo decreto del 10 marzo 2006, ma mai stampato dal poligrafico dello Stato), in sostituzione del vecchio ricettario, non più valido né adottabile.

La mancanza di questo nuovo ricettario ha comportato l'adozione "in via provvisoria", in primis da parte dei MMG, del ricettario per gli stupefacenti usato nella terapia del dolore (Legge n.12 del 08.02.2001 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"). Tale circostanza, unitamente all'estensione della prescrizione dello stupefacente per la cura degli stati di dipendenza a 30 giorni di terapia, come per la stessa terapia del dolore, è stata all'origine della recente vicenda avviata dall'AIFA, che ha causato molti disagi ai Medici di famiglia prescrittori ed ai loro pazienti tossicodipendenti.

Infatti, non essendo stata parallelamente aggiornata la legge n.405 del 2001 sulle prescrizioni in regime di SSN, negli stati di dipendenza non è possibile rimborsare più di 3 confezioni di farmaco a ricetta, come avviene invece per la terapia del dolore, dove è rimborsabile tutto il quantitativo prescritto nella singola ricetta, fino ad un massimo di 30 giorni. In sintesi, la recente normativa ha sì previsto la prescrivibilità per 30 giorni dei medicinali stupefacenti usati per la terapia della tossicodipendenza, ma non la loro rimborsabilità in regime di SSN, se non per soli 3 flaconi per ricetta. Detta precisazione è stata fatta dal Ministero della Salute con nota del 16.02.2008.

La collaborazione con i MMG

Il progetto di collaborazione con i MMG nella cura del paziente tossicodipendente è stato pensato per raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- sensibilizzare di altri partner (MMG, Farmacisti, Ordini professionali) sui temi della dipendenza, presentata come malattia, trattabile al pari di altre, presso gli ambulatori dei medici di famiglia e le farmacie;
- confermare che la tossicodipendenza non è una malattia rara, ma al contrario è spesso presente tra i pazienti di ogni medico di medicina generale;

- valorizzare e responsabilizzare il Medico di famiglia negli interventi di prevenzione, di diagnosi precoce e di cura delle situazioni di abuso e dipendenza e delle patologie ad esse correlate;

- ampliare la gamma di risposte offerte dal Dipartimento, con possibilità di delegare gli interventi meno complessi alla gestione del MMG, concentrando le risorse a quelli più specialistici e globali, quasi sempre di natura socio-sanitaria;

- favorire la progressiva emancipazione del paziente dal Servizio, come tappa del programma riabilitativo;

- sviluppare percorsi di normalizzazione e di reinserimento socio lavorativo delle persone "stabilizzate", anche prevedendo la possibilità di assunzione del farmaco in sedi diverse, meno stigmatizzanti (l'art. 122, punto 2 del DPR 309/90 recita "il programma deve essere formulato nel rispetto della dignità della persona, tenendo conto in ogni caso delle esigenze di lavoro e di studio e delle condizioni di vita familiare e sociale dell'assuntore").

Il progetto si è avvalso negli anni anche del finanziamento del Fondo Droga, che ha consentito di incentivare i professionisti collaboranti ed in linea con il protocollo operativo.

Dal 2003, esauritosi il finanziamento del Fondo Droga, l'incentivazione è assicurata con fondi del bilancio aziendale. Dal 2007 l'attività è divenuta ordinaria, perdendo il carattere di sperimentaltà. C'è da dire che oggi non tutti i Medici che prescrivono il metadone chiedono e percepiscono l'incentivo economico, ritenendo la prestazione sovrapponibile a qualsiasi altra fornita ai propri pazienti. Nel 2007 sono state assistite presso gli ambulatori dei medici di medicina generale circa 230 persone tossicodipendenti (a nostra conoscenza sono una sessantina i medici che a Trieste prescrivono il metadone; di questi 37 beneficiano dell'incentivo).

Prescrizione - affido della terapia sostitutiva e Medici di famiglia

In conformità alle disposizioni impartite dalla Direzione Regionale della Sanità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia già nel 1994, nel rispetto del principio della gratuità dell'erogazione di farmaci essenziali (esenzione totale dal pagamento del ticket per il metadone), l'Azienda n. 1 Triestina, "con lo scopo di rendere il più agevole possibile l'accesso alla terapia, condizione che contribuisce a prevenire ricadute nell'uso di eroina" ha rimborsato alle farmacie convenzionate anche le prescrizioni di terapia sostitutiva prevedenti un dosaggio di metadone eccedente la quantità rimborsabile oltre i limiti imposti dalle norme sulla pluriprescrizione.

Il recente Decreto 16.11.2007 ha confermato la procedura che consente la prescrizione del metadone da parte del Medico di Medicina Generale, pur sulla scorta del piano terapeutico redatto dal Servizio di cura, e la dispensazione del metadone da parte delle farmacie, garantendo la gratuità dell'erogazione.

Ma contrariamente a quanto suddetto, la nota di data

13.12.2007, prot. 127506/p, la Direzione Generale A.I.F.A., in risposta ad un quesito formulato dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti, precisava che *"per le prescrizioni a carico SSN, fermo restando il limite di prescrivibilità di 30 giorni di terapia, può essere necessario redigere più ricette. Se la terapia è a carico dell'assistito, la prescrizione può essere contenuta anche in un'unica ricetta."* Detta precisazione ha di fatto limitato la possibilità del rimborso di ogni singola ricetta al numero massimo di 3 confezioni, pur essendo possibile la prescrizione di tutte le confezioni rappresentative del dosaggio indicato dal piano terapeutico individuale.

Poiché il dosaggio indicato dal piano terapeutico è, di norma, superiore al dosaggio contenuto in 3 confezioni di metadone, il Medico di Medicina Generale, per garantire la gratuità della terapia, è costretto a rilasciare numerose ricette, con il conseguente aggravio burocratico e aumento di possibilità di errore.

La compilazione di tante ricette, infatti, è risultata gravosa per il Medico, ma anche per il Farmacista che deve effettuare la spedizione. Ha creato disagio a molti assistiti, in particolare a quelli il cui Medico ha continuato a prescrivere il farmaco in un'unica ricetta, dovendosi sobbarcare quotidianamente il costo del farmaco. Tutto ciò pur nell'evidenza che l'onere a carico del S.S.N. non viene sostanzialmente modificato.

Questo aggravio di lavoro burocratico ha invece sicuramente diminuito la disponibilità dei MMG già coinvolti di proseguire la collaborazione e ha frenato l'adesione di nuovi Medici. Si sono verificati anche casi in cui pazienti già emancipati dal Servizio ed adeguatamente inseriti nei contesti ambulatoriali sono rientrati gioco forza al Dipartimento. Tutto ciò è accaduto nel periodo subito susseguente all'introduzione dell'obbligatorietà del piano terapeutico, che già era stato vissuto come una limitazione dell'autonomia professionale e come uno strumento di lavoro eccessivamente oneroso. La sua breve validità, infatti, aveva già richiesto incontri un importante lavoro di riorganizzazione delle modalità comunicative interne tra MMG e Dipartimento.

La drastica presa di posizione dell'Ordine dei Farmacisti ha creato nel SerT in pochi giorni una situazione di criticità, dettata non solo dal carico di lavoro aggiuntivo ed imprevisto, ma anche dal grave disorientamento dei pazienti, da anni abituati ad un programma ambulatoriale fiduciario presso lo studio del loro Curante.

Nonostante l'immediata mobilitazione di FeDerSerD e di altre federazioni di professionisti di settore, oltre che l'attivazione delle strutture regionali competenti, non è stato possibile correggere in alcun modo i contenuti della nota, anche per la concomitante fine della legislatura e la mancanza di referenti al Ministero della Salute.

Anche la Direzione Generale dell'ASS n.1 Triestina, riconoscendo la rilevanza del fatto, si è direttamente rivolta alla Direzione Centrale della Salute e della Protezione sociale della Regione Friuli Venezia Giulia per chiedere di continuare a rimborsare, con oneri a carico del SSR, tutte le ricette rilasciate dai Medici di medicina generale. Gli organi competenti della Regione non hanno però ritenuto in questa circostanza di poter dare direttive diverse da quelle nazionali, ma, sussistendo le criticità e la necessità di un intervento correttivo, hanno demandato la soluzione del problema al Ministero della Salute, con una lettera che ad oggi non ha ancora avuto risposta.

Evoluzione e prospettive di breve-medio termine

Nonostante tutte le avversità, l'attività di collaborazione con i MMG a Trieste è divenuta ormai prassi consolidata. Non neghiamo però che la crisi dovuta al problema della prescrizione in regime di SSN e la recente normativa sul piano terapeutico e sulla sua necessità di rinnovo trimestrale anche in assenza di cambiamenti, ha però determinato una diminuzione del numero di Medici che continuano a collaborare con il Dipartimento. Il rischio che avvertiamo è quello che, in assenza delle opportune ed urgenti modifiche alle norme vigenti, ci possa essere una progressiva disaffezione da parte dei Medici di famiglia da questa attività, specialmente riscontrabile nella presa in carico di nuovi pazienti in trattamento.

Per porre rimedio alla difficoltà di modificare una normativa in vigore, che deve passare attraverso un'iniziativa governativa, l'ASS n. 1 Triestina sta valutando, attraverso uno studio di fattibilità condotto al suo interno a partire dall'analisi dei dati in suo possesso, la possibilità di sperimentare la distribuzione diretta del metadone prescritto dai MMG presso le sedi distrettuali. A questo proposito si è valutato che il risparmio economico determinato dall'acquisizione diretta del farmaco da parte dell'Azienda con le normali procedure di gara, riuscirebbe a finanziare in maniera significativa il costo del personale necessario a garantire la distribuzione.

Il costo di gestione di tale attività diretta potrebbe essere poi ammortizzato ulteriormente dalla contemporanea distribuzione di altri farmaci e presidi inerenti la cura di altri patologie croniche. A titolo di esempio, nell'anno 2007 nell'ambito dell'ASS n.1 Triestina, sono state rimborsate alle farmacie prestazioni costituite da ricette di metadone per € 186.508; i medesimi trattamenti, qualora fossero effettuati in forma diretta distrettuale, avrebbero costituito un onere, calcolato al costo di acquisizione determinato dall'attuale sconto privilegiato ottenuto per gara, di € 59.374. Questa ipotesi permetterebbe di ritornare ad una prescrizione semplificata unica, sempre nel rispetto del piano terapeutico individuale.

L'AFFIDO DI METADONE NEI SER.T E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE LA REALTÀ DI PESCARA

di Pietro D'Egidio, *Direttore dell'U.O. Ser.T - AUSL Pescara*

Nel corso degli ultimi anni c'è stato un incremento percentuale importante dei pazienti in affidamento nel Ser.T. di Pescara. Essi sono il 40% nel gennaio 2002 per arrivare ad oltre il 55% dopo 2 anni. Nel luglio 2008, se consideriamo anche i pazienti in cura con la collaborazione dei MMG, che spediscono una ricetta settimanalmente, la percentuale complessiva dei pazienti che ha il farmaco in affidamento arriva al 64%.

Abbiamo cominciato a registrare in maniera analitica i dati puntuali della somministrazione dei farmaci dal gennaio 2002. Per tale motivo, oltre all'indicatore "numero di giorni dall'inizio della terapia, che parte per tutti a far data dal 1 gennaio 2002, abbiamo definito un altro indicatore "numero di giorni trascorsi dall'ultima presa in carico" che meglio misura la ritenzione in trattamento dei pazienti. Quest'ultimo indicatore ci documenta che la ritenzione in trattamento dei pazienti in cura al Ser.T. è aumentata passando da 947 giorni di media nel gennaio 2002 a 1476 giorni nel luglio 2008 (tab. 1). In questi numeri sta una delle ragioni che spiegano il 64% dei pazienti in affidamento. In una terapia cronica, come quella di cui parliamo, la frequenza quotidiana del servizio assume una dimensione di ostacolo ad un reinserimento lavorativo e sociale in senso lato.

Nel 1997 abbiamo definito un progetto per collaborare

con i Medici di Medicina Generale del nostro territorio nella gestione delle terapie sostitutive effettuate dagli eroinomani.

Del progetto si è fatto promotore e titolare la Provincia di Pescara nella richiesta di finanziamento sul "Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga" (L. n. 45/99) per le annualità 1997 - 1999.

Il progetto nasce dalla constatazione che il Ser.T. assiste, nonostante il notevole incremento di pazienti in carico, solo una parte della popolazione dipendente da eroina e questo sia per la tipologia di intervento implicita nella dimensione organizzativa e strutturale del servizio che per la notevole diffusione della patologia.

Inoltre molti pazienti vivono in zone distanti varie decine di chilometri dal Ser.T. e questo determina una conseguente, problematica gestione, da parte loro, di una terapia cronica che a volte rende difficile il reinserimento lavorativo.

L'intervento integrato che abbiamo proposto offre una aggiuntiva risorsa terapeutica complessiva che va a soddisfare bisogni particolari e a supplire le insufficienti risorse della struttura specialistica di riferimento (tab. 2).

Con questo progetto abbiamo inteso valorizzare il rapporto del Medico di Medicina Generale con il nucleo familiare e si può con questo presupposto attivare una

Tabella 1 - *Media dei giorni trascorsi dall'ultima presa in carico*

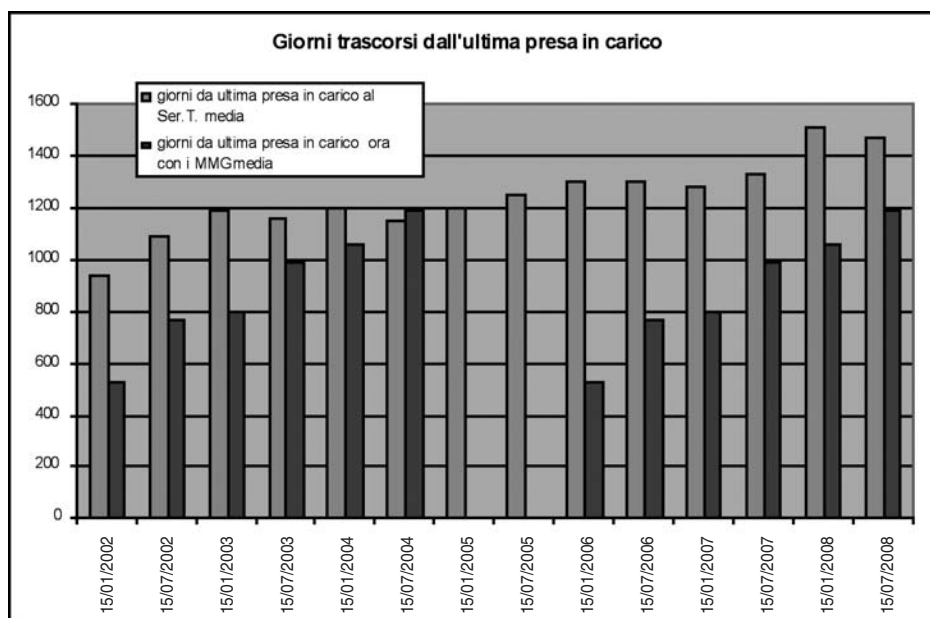
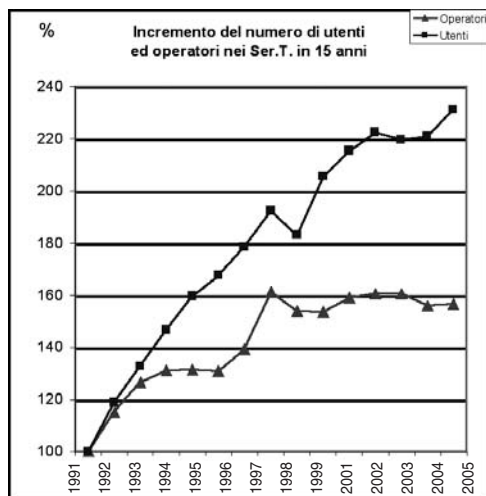


Tabella 2



nuova sinergia con la attività del Ser.T e della Comunità terapeutica.

Parte sostanziale del progetto è stata quella di realizzare una valutazione di efficacia di questa nuova strategia terapeutica e di valutarne il rapporto costi/benefici.

Nel progetto sono stati coinvolti:

- il Ser.T Pescara che ha svolto la funzione di consulenza e supporto specialistico (ad esso è stato fatto carico della diagnosi, della predisposizione del progetto terapeutico, del counselling medico settimanale e dei controlli urinari);
- i medici di medicina generale che hanno preso in carico i loro pazienti anche per la patologia della dipendenza da eroina e prescritto i farmaci sostitutivi;
- il CLED, che è stato impegnato nel counselling psicologico e socio assistenziale svolto sul territorio.

Il progetto ha avuto bisogno di tempi medio lunghi per prendere concretamente l'avvio con la presa in carico del primo paziente che si è avuta il 9 ottobre 2001.

Questo tempo è stato necessario per costruire una collaborazione efficace con i medici di medicina generale che hanno partecipato al progetto (altri si sono inseriti successivamente) in un contesto territoriale non preparato da altre esperienze analoghe ed in presenza di una rappresentazione sociale delle cure per i tossicodipendenti sicuramente penalizzante.

Inoltre nelle prime fasi il numero dei pazienti in carico è aumentato in misura lenta: c'è stata una sorta di attesa per verificare, da parte di alcuni medici, l'andamento dei primi programmi.

In questa fase il compito degli operatori del Ser.T è stato molto delicato, fatto di professionalità, di assistenza e di accompagnamento per aiutare i medici a superare timori e resistenze.

Gli obiettivi del progetto sono stati:

- assistere i pazienti dipendenti da eroina con l'uso di terapie sostitutive e l'offerta di counselling sociale e psicologico nella misura di 100 anni/paziente,
- misurare la capacità del programma di ritenere i pazienti in trattamento,
- misurare la possibilità della collaborazione con i medi-

ci di medicina generale e definirne gli elementi costitutivi essenziali,

- misurare la efficacia del trattamento misurando il tempo libero da malattia come documentato con la negatività della ricerca dei cataboliti degli oppiacei,
- misurare il costo per mese di assistenza,
- valutare il rapporto costi/benefici di questo nuovo progetto terapeutico.

I 119 pazienti arruolati nel progetto sono prevalentemente maschi (106 maschi e 13 femmine), di media età (33 anni), di cultura medio bassa, venuti per la prima volta a chiedere assistenza e cure al Ser.T. da una media di 9 anni, residenti nel territorio provinciale.

Sono stati assistiti 119 pazienti per un numero complessivo di 37.049 giornate in un arco temporale di 996 giornate.

Alcuni pazienti hanno svolto più programmi e per tale motivo i programmi sono stati complessivamente 136, 13 pazienti hanno svolto 2 programmi e solo 2 pazienti si sono impegnati in tre programmi.

La media complessiva dei giorni di trattamento è stata di 272,42.

Interessante la mediana dei giorni di trattamento dei 43 pazienti ancora in cura alla fine del progetto: essa risulta essere di 575 giorni (media = 545,95).

Questi dati documentano una soddisfacente ritenzione in trattamento.

Solo 4 pazienti hanno abbandonato la terapia per una indisponibilità a continuarla nei termini stabiliti, mentre 8 pazienti hanno cessato questo programma perché posti agli arresti, tutti peraltro per reati commessi prima di entrare in cura.

C'è stato un raccordo continuo tra Ser.T e medici di medicina generale e ben 14 pazienti sono tornati in trattamento al Ser.T. in tutte le situazioni in cui tale passaggio appariva utile per il paziente stesso. Inoltre 7 pazienti hanno continuato il programma terapeutico in comunità dopo aver raggiunto la condizione di non dipendenza fisica. 49 pazienti hanno completato con successo il programma terapeutico e 43 lo continuano ancora dopo la conclusione del progetto e dei relativi (pur se modesti) incentivi grazie alla disponibilità dei loro medici di medicina generale.

La attività di counselling sociale e psicologico affidato alla comunità terapeutica non ha riscosso invece un buona accoglienza. Pochi pazienti e pochi familiari hanno scelto di fruire della offerta che veniva loro fatta di migliorare il programma terapeutico con questi altri interventi. I motivi alla base di questa scelta andranno ulteriormente indagati.

C'è stata una numerosa e soddisfacente risposta da parte dei medici di medicina generale alla richiesta di collaborazione.

Ben 46 medici hanno partecipato al progetto, testimoniando nei fatti una reale disponibilità dei colleghi a farsi carico di questa patologia se adeguatamente inseriti in un contesto terapeutico ritenuto valido.

C'è stata una chiara prevalenza dei medici di sesso

maschile (43) a documentare una sorta di "resistenza" delle donne a farsi carico di questa utenza.

La maggioranza dei medici ha assistito solamente uno o due pazienti documentando questo dato un impegno teso più ad assistere i propri pazienti in difficoltà che non ad inserirsi in un circuito specifico di assistenza.

Appare molto interessante il dato riferito al fatto che quasi sempre lo stesso medico ha ripreso in carico il proprio pazienti lì ove questi avevano lasciato il programma: questo dato misura la buona qualità della relazione medico - paziente che si è instaurata.

Il Ser.T si è assunto la responsabilità per tutti i casi della diagnosi, della definizione del programma terapeutico, della eventuale rimodulazione dello stesso, delle verifiche e del counselling periodico.

Questo ha messo il medico di medicina generale nella condizione di tranquillità rispetto agli aspetti medico legali più problematici ed inoltre non si è sentito mai solo nella gestione di tutti i momenti di difficoltà nella condotta del programma.

Inoltre quasi sempre il MMG si è trovato nella possibilità di valorizzare, nel setting terapeutico, una conoscenza profonda dell'intero nucleo familiare del paziente, e una fiducia costruita negli anni sia con il paziente che con la sua famiglia: con un evidente valore aggiunto rispetto alla riuscita della terapia.

Con questo progetto abbiamo ottenuto un risultato fondamentale: dimostrare la possibilità di evitare la concentrazione in un unico punto della città sia di molti tossicodipendenti che della disponibilità di metadone per il mercato grigio.

Riteniamo ad oggi che questo rappresenti uno degli elementi cruciali a cui è legata sia una rappresentazione sociale che si esprime in termini negativi dei nostri servizi, sia la causa di ricadute e di difficile accesso ai servizi per una serie di pazienti "meno problematici".

Con la implementazione diffusa di questo progetto si apre l'accesso alle cure ad un maggior numero di pazienti.

I risultati di questo progetto sono stati soddisfacenti in rapporto ai risultati ottenuti dai pazienti.

Tra questi segnaliamo che circa il 60% di pazienti è stato messo nella condizione di svolgere una attività lavorativa. Un dato ormai acquisito dalla letteratura scientifica riguarda la necessità dell'uso di dosaggi efficaci di metadone per ottenere gli effetti anti craving della terapia sostitutiva. Ancora oggi appare che questi dosaggi non vengano praticati anche in molti Ser.T della penisola.

All'interno del progetto è stato possibile praticare la terapia sostitutiva con metadone cloridrato sciroppo ad un dosaggio ritenuto efficace per ottenere i risultati desiderati da una terapia sostitutiva con un valore medio di 50 milligrammi (considerando sia le induzioni che la disassuefazione).

Siamo certi che il dosaggio adeguato del farmaco sostitutivo ha contribuito al raggiungimento dei risultati che andremo a descrivere in termini di "tempo libero da malattia".

Possiamo assumere in tesi generale, per i nostri pazienti

eroindipendenti, che la percentuale di morfinurie negative sia un indicatore sensibile della percentuale di tempo trascorso "libero da malattia".

In un precedente lavoro i pazienti in trattamento con metadone cloridrato sciroppo presso il Ser.T e negativi nel corso dell'intero anno solare all'esame dei cataboliti degli oppiacei erano il 76,75%.

Nel nostro programma il tempo libero da malattia è risultato essere dell'86% di 37.049 giorni pari a 31.892 giorni.

Possiamo ancora assumere, sempre in tesi generale, che 31.892 giorni liberi da malattia significano, tra l'altro:

- da 32.000 a 100.000 somministrazioni e.v. evitate, ed i conseguenti rischi di patologie internistiche, infettive e psichiatriche evitati;
- da 800.000 ad oltre 2.500.000 di € sottratti al mercato illegale, ed i conseguenti furti, scippi, rapine e patologia sociale evitati.

Abbiamo inoltre indicazioni che ci inducono a ritenere di aver raggiunto, tra gli altri risultati, una bassissima incidenza di patologie correlate.

Conclusosi questo progetto quasi tutti i medici di medicina generale che stavano collaborando hanno continuato a farlo, anche in assenza di qualsivoglia incentivo economico, per 1 anno e mezzo. Nel gennaio 2006 abbiamo avviato un altro progetto, in collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Salute, con l'obiettivo di definire una serie di parametri operativi tali da rendere replicabile il progetto anche nelle altre realtà territoriali regionali.

Costruzione Progetto POR "Pescara 2"

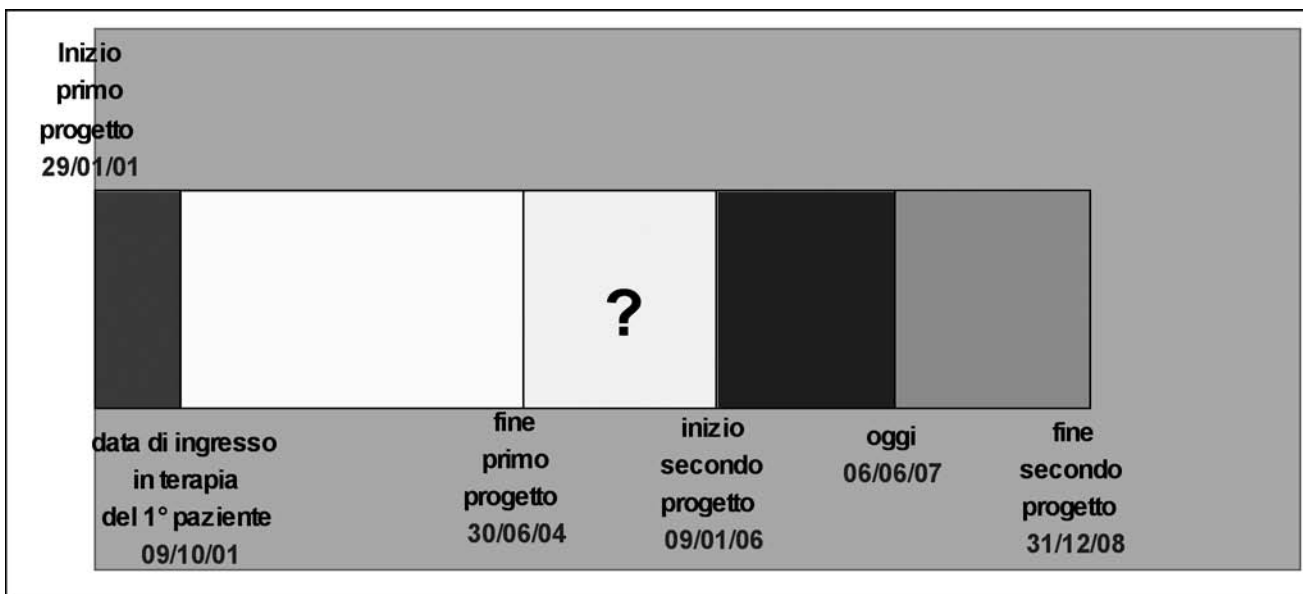
Il nostro progetto studia, propone, mette in pratica, discute, verifica un modello assistenziale che integra i MMG e il Ser.T al fine di offrire alla persona con problemi di tossicodipendenza un'ampia offerta di cura.

E' doveroso evidenziare come questo progetto rivaluti la centralità del MMG nel vasto e crescente campo delle tossicodipendenze, riconosciuta anche dalla normativa vigente, che comunque assegna solo al Medico del Ser.T la facoltà di predisporre o variare i piani terapeutici.

Questa centralità deve passare attraverso una informazione specifica e continua nel tempo, deve venire valorizzata in termini di incentivazione economica, deve essere regolamentata da modelli di assistenza condotti in cooperazione con altre figure professionali e altre strutture, deve infine essere puntualmente verificata e, al bisogno, riaffermata.

L'obiettivo dell'inserimento del MMG sarà l'aggancio fiduciario del paziente o la riattivazione con lui di un rapporto o mai completamente iniziato oppure molto discontinuo, al fine di avviare una terapia adeguata e allargata.

E' importante arricchire anche culturalmente questa interazione fra Ser.T e MMG, affinché questi ultimi siano collocati all'interno di una medicina olistica e intesa secondo una visione umanistica, capace per questo di accrescere le esperienze professionali attraverso la cono-



scenza e l’impatto costante con la realtà territoriale, culturale e sociale del nostro territorio.

Il MMG che tratta personalmente i suoi assistiti T.D. non sarà più da essi “manipolato” con pressanti richieste di farmaci e certificati di malattia: il Medico, cosciente della patologia del paziente, anche di quello “insospettabile”, lo curerà senz’altro in modo adeguato, su indicazioni del Ser.T.

Nessuno può più ignorare che la T.D. è ormai diffusa in tutti gli strati sociali e che il suo allargarsi continuo obbliga inevitabilmente ad abbandonare atteggiamenti di intolleranza, di riparazione difensiva o, ancora peggio, di giudizio morale.

Nel momento in cui un paziente chiede al suo Medico di essere curato per la T.D., siano più o meno condivisibili e accettabili o moralmente condannabili i comportamenti fin lì adottati, è deontologicamente corretto fornire l’intervento terapeutico.

Elementi del progetto sono:

- I pazienti eligibili nel progetto devono essere residenti nella città di Pescara da almeno dodici mesi.
- La ricettazione settimanale del metadone viene retribuita nella misura di 15 Euro.
- La consulenza tossicologica viene inviata ai Medici in busta chiusa tramite i pazienti stessi o, se presente, per mezzo di un familiare referente.
- I soggetti in trattamento sono tenuti a sottoporsi a visita medica e a controlli tossicologici urinari a cadenza mensile.
- I pazienti possono usufruire di un supporto psicologico, offerto tutte le mattine e in due pomeriggi (il martedì e il giovedì), e viene loro assicurato il controllo dello stato di salute generale mediante l’effettuazione di prelievi ematochimici da effettuare sempre presso il Ser.T.
- Sono forniti al Medico i numeri di telefono e di fax, i nomi di diversi Operatori del Ser.T, i fogli di modulistica: per facilitare il contatto con il Servizio ed essere quindi continuamente supportati dalla Struttura, dalla quale

non devono mai sentirsi “abbandonati”.

- Per seguire correttamente e monitorare con continuità le attività legate al progetto è stato creato un sistema di raccolta dati, che permette di avere in ogni momento una visione globale o particolare di ogni fase progettuale.
- È stata strutturata una valutazione mista del progetto, del processo e dei risultati.

Dati di prevalenza del progetto “Pescara-2” al 31 agosto 2008:

- Giorni di durata del progetto: 966
- Pazienti complessivamente assistiti: 274
- Medici che hanno aderito al progetto: 83
- Medici che collaborano oggi: 54

Dati di incidenza del progetto “Pescara-2” al 31 agosto 2008:

- Numero pazienti: 133, di cui 118 maschi
- Età media e mediana: 37 anni
- Media dei giorni trascorsi dall’inizio dell’ultima presa in carico: 1164
- Media dei giorni trascorsi dalla prima richiesta di cure al Ser.T: 3990
- Dosaggio medio di metadone: 64 mg.

I temi critici sono caratterizzati:

- dalla gestione dei dosaggi del farmaco
- dal rationale delle cure

Le conoscenze in materia di rationale dei trattamenti con agonisti appaiono deboli e suggeriscono l’opportunità di iniziative di formazione specifica.

Le aree di cambiamento osservate

- Si osserva un atteggiamento di rispetto e correttezza dei pazienti che stupisce rispetto al passato e che è maggiore di altre categorie di pazienti
- Riconoscimento della professionalità da parte del paziente

- "L'ambiente si fa rispettare, parla un suo linguaggio"
- Viene diluita l'etichettatura sociale e osservare i miglioramenti dei pazienti ha contribuito alla accettazione. *Dallo stigma alla normalizzazione.*
- Un ambiente accogliente e rispettoso, soprattutto se percepito nel suo valore istituzionale, incide sull'efficacia della cura, al pari del farmaco.
- Anche nella farmacia si verificano le condizioni di consenso ambientale quando la gestione del paziente non è etichettante.

In conclusione ribadiamo i perchè di una collaborazione con i Medici di Medicina Generale e le farmacie

- I Medici di Medicina Generale, prendendo in cura i pazienti per il trattamento della eroinodipendenza, **potenziano e qualificano la rete territoriale di assistenza.**
- **Ampliano la compliance al trattamento sostitutivo** rendendo lo stesso più fruibile (p.es. per coloro che abitano lontano dal Ser.T e che debbono affrontare anche 100 km di strada al giorno con notevole pregiudizio per un reinserimento sociale e lavorativo).

IL FARMACISTA. PUNTO IMPORTANTE NELLA RETE DI ASSISTENZA PER I SERVIZI

di Fabrizio Zenobi
Titolare di Farmacia, Pescara

È una affermazione vera o falsa quella espressa nel titolo? Forse entrambe le cose, ma è bello vederla come una opportunità. Come l'opportunità di mettere a segno sinergie ed operatività latenti che possono produrre grandi risultati.

Se vediamo nel farmacista esclusivamente colui che preleva e distribuisce il farmaco e nel tossicomane esclusivamente quella "mina vagante" che in farmacia disturba ed infastidisce questo titolo appare illusorio.

Ma basta cambiare punto di vista, basta girare attorno al problema, ed ecco che si aprono nuovi scenari.

Basta "voler" cercare una collaborazione con il medico, basta "voler" andare un po' oltre il semplice automatismo paziente-ricetta-farmaco che altre diventano le opportunità.

Certo nella realtà capita spesso di sentire che i pazienti hanno difficoltà all'accedere alla terapia; vuoi perché sia medico che farmacista sono "spaventati" dalle norme che regolamentano il redigere e lo spedire tali ricette; vuoi perché il tossicomane è oggettivamente un paziente scomodo; vuoi perché alla tossicodipendenza si associa spesso il concetto di colpa, qualcosa di molto simile al concetto di peccato.

Appare infatti che il fatto stesso di consumare droga, atto volontario ed illecito, sembra negare al consumatore qualsiasi possibilità di veder tutelata la sua sicurezza, ed inoltre fa apparire il professionista che cerca di preservare la salute del paziente, quasi coinvolto nella illiquidità.

Ed infatti capita di ascoltare pazienti che girano per varie farmacie per trovare il metadone "ne ho un solo flacone, ci vuole del tempo per approvvigionarsi", o che talvolta, vorrebbero addirittura cambiare medico pur di riuscire ad avere la terapia.

Il rifiuto, la resistenza a trattare questi problemi è dovuta quindi ad una certa resistenza a considerare il tossicodipendente un paziente (malato-sofferente), ma piuttosto un reo (malato-vizioso), ed ad una preoccupazione per la le norme che regolano la vendita degli stupefacenti, ad una paura della LEGGE.

Molte volte la legge è un alibi, essendo la nostra una società basata, giustamente, sulla legge.

Le norme ci sono e possono apparire come un freno, così come può apparire come un freno la particolarità di questi pazienti.

È nostro dovere però affrontare il problema.

Facendo tutto il possibile con le leggi che abbiamo, ipotizzando migliori interventi all'interno di questo sistema, ed infine ipotizzando ancora un sistema più efficace, che se necessario, porti il legislatore e modificare, rivedere, la norma.

Affrontiamo ora lo stato attuale del problema attraverso un duplice aspetto:

- Giuridico
- Sanitario-Deontologico

In questo modo cercheremo di smontare le resistenze che spesso si manifestano.

Prima ancora occorre operare un distinguo fra due figure, che alle volte possono risultare coincidenti, la figura del tossicodipendente che minaccia la rapina, magari armato di quella siringa che gli abbiamo fornito, e la figura del tossicodipendente che, con la prescrizione, viene ad esercitare il suo diritto alla terapia.

Nel primo caso la relazione è solo fra cittadino e delinquente, e nel secondo fra sanitario e paziente, e questa ci riguarda da vicino.

Non dobbiamo dimenticare mai tale distinguo anche se, alle volte, tali ruoli possono confondersi, ma sta al nostro discernimento essere in grado di ricordare il nostro ruolo di operatori sanitari ed intervenire professionalmente quando ci viene richiesto.

Tornando agli aspetti giuridici forse potevano esserci carenze od ostacoli nelle normative del '75 e del '90, che vedevano la tossicodipendenza solo come un condizione da reprimere.

Badate bene il problema esiste e non è mia intenzione sminuirlo; ma a noi riguarda il comparto terapeutico, la repressione della criminalità che si annida nel mondo delle droghe da abuso è un problema che ci riguarda più come cittadini che come professionisti.

Oggi in realtà, con la legge del 2001, la normativa è completamente cambiata, sia pur se con intenti diversi. L'obiettivo della legge era semplificare l'accesso ai farmaci per la terapia del dolore, ed il legislatore, pur distinguendo fra le modalità prescrittive per la terapia del dolore appunto (30 giorni massimo di terapia e ricetta "semplificata") e la terapia di disassuefazione con il metadone (8 giorni massimo di terapia e ricetta ministeriale con superiori adempimenti quali l'obbligo di indicare la prescrizione, la dose, i tempi e le modalità di assun-

zione in lettere e non in numeri), è intervenuto pesantemente sulla sanzione, su quell'aspetto che aleggiava come una minaccia.

Sanzione eliminata completamente per i medici e depenalizzata per i farmacisti. Se precedentemente quindi lo spauracchio della sanzione penale (per il farmacista) era un alibi, ora la situazione è cambiata.

Il che non autorizza nessuno ad agire con leggerezza ma solo a far sparire l'alibi che respinge, allontana, il malato perché preoccupati complessità delle norme. Norme che restano insieme alle sanzioni, (per esempio per la tenuta dei registri), ma senza le quali non ci sarebbe nessuna attività professionale.

È opportuno comunque considerare che già prima del 2001 la Corte Costituzionale aveva stabilito che non fosse anticostituzionale sanzionare il medico in maniera minore del farmacista (esclusivamente in riferimento all'atto di redigere la ricetta).

Il senso della legge è che l'eventuale errore nell'atto del farmacista, che consegna lo stupefacente, è più "grave" dell'eventuale errore formale nella prescrizione del medico (sempre considerando l'errore prescrittivo nella redazione della ricetta e non nel razionale della terapia).

Per concludere appare chiaro che la normativa non può rappresentare un ostacolo, ed anzi la sanzione, oltretutto in alcuni casi ridotta, giustifica la responsabilità del professionista.

Altro aspetto è quello etico-deontologico.

Innanzitutto mi preme sottolineare che non c'è un intervento specifico del farmacista sul tossicodipendente.

L'intervento del farmacista è comune al suo ruolo professionale, fondamentale e per questo esclusivo, di fare da FILTRO fra il cittadino ed il farmaco. Ruolo di filtro, e filtro costantemente efficace, che vuol dire costantemente aggiornato.

Va detto chiaramente che se gli aspetti giuridici non sono un ostacolo, o quanto meno non un ostacolo sconosciuto nell'esercizio di una attività professionale, gli aspetti deontologici, e mi piacerebbe definirli di sensibilità sanitaria, devono essere un incentivo.

Il codice deontologico del farmacista recita ai seguenti articoli:

**Art. 1
comma 1
Il farmacista deve**

...

b) operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presente i diritti del malato e il rispetto della vita;

c) essere sempre attento e sensibile alle necessità sociali e sanitarie che possano manifestarsi nell'espletamento della sua professione;

**Art. 1
comma 2**

È sanzionabile qualsiasi abuso o mancanza nell'esercizio della professione e comunque qualsiasi comportamento disdicevole al decoro professionale o che abbia causato o possa causare un disservizio o un danno alla salute del cittadino.

**Art. 4
comma 2**

Il farmacista, in qualsiasi atto professionale e comunque nell'attività di controllo e consiglio, agisce secondo scienza e coscienza e nel rispetto della legge. Deve offrire la massima disponibilità e cortesia e prestare il soccorso consentito dalla legge e suggerito da sentimenti di umana solidarietà.

comma 3

Egli deve sempre ricordare che la sua professione è costantemente finalizzata alla tutela dello stato di salute e alla conservazione del benessere fisico e psichico della persona, nel rispetto dei diritti fondamentali della stessa.

Sembrano frasi con poco legame con queste problematiche, ma vanno ricordate, per sottolineare che il collega che "crea problemi" per l'approvvigionamento del farmaco, di qualunque farmaco e quindi anche del metadone, viene meno a quei principi fondamentali che regolamentano la professione, viene a smentire quella sensibilità sanitaria che dovrebbe condurci tutti nelle scelte professionali.

Non solo, si espone anche a sanzioni, come recita il comma 2 dell'Art. 1 del Codice deontologico.

Quindi non esistono alibi giuridici che giustifichino una ritrosia alla spedizione di ricette per la disassuefazione dall'uso di droghe ed inoltre esistono motivazioni che impongono e motivano l'intervento professionale del farmacista.

Fugati quindi paure ed alibi cerchiamo di affrontare il problema, a considerare la terapia di disassuefazione con il metadone.

A proposito... è davvero il caso di definirla ancora così? Non tutti i pazienti riescono a scalare le loro dosi di metadone, ed alcuni di quelli che ci riescono ricadono nel consumo di eroina e sono costretti ad iniziare un nuovo programma.

Forse questo è un primo esempio di situazione sulla quale sarebbe opportuno che medici, farmacisti, operatori del settore, riflettano e sottopongano al legislatore questa nuova evenienza. Questi fatti.

Il paziente che ricade cronicamente nel consumo di eroina esiste. Esiste quindi un malato cronico di eroinismo? Come dobbiamo considerare il paziente che non riesce a scalare le proprie dosi di metadone? O quello che durante la terapia assume nuovamente la droga ed è costretto ad iniziare un nuovo ciclo di metadone? Sono realtà che esistono. E muta con esse la necessità terapeutica. Diviene pertanto necessario far comprendere anche

all'organo di controllo, che non si sta violando una legge ma solo cercando una terapia. Nuove situazioni con le quali confrontarsi non solo da professionisti ma anche da cittadini. Perché è quello stesso paziente che ricadendo nella tossicodipendenza si trasforma in una sorta di alimentatore del mondo criminale che orbita attorno alla droghe da abuso. Ed evitare tutto ciò anche con l'impiego del metadone, ma non solo con esso, è un obiettivo utile e che soddisfa anche compiti di responsabilità sociale.

Non è compito del farmacista valutare se attraverso la medicina dei servizi si generi cronicità attraverso la così detta "droga di stato" o se invece non venga utilizzata sufficientemente e con la dovuta larghezza una terapia che ha una valenza di recupero sociale enorme.

Né di considerare le problematiche di chi, lavorando inserito in organizzazioni con obiettivi aziendali deve fare i conti con politiche di contenimento della spesa e di budget.

E neppure considerare se l'obiettivo principale raggiunto dallo Stato sia stato il contenimento dei tossicodipendenti piuttosto che del problema droga.

Nostro compito è fare in modo che l'accesso a questo pezzo di terapia sia possibile e non ostacolato; già è difficile per il paziente-tossicodipendente costruire un rapporto di fiducia con il medico curante, complicare ulteriormente le cose ci appare inutilmente dannoso.

La capacità di cura di un tossicodipendente è strettamente correlata alla capacità di definire diagnosticamente e prognosticamente, la situazione in cui bisogna intervenire.

Le risposte efficaci sono quindi differenziate ed individualizzate.

Ma il nostro sistema di intervento è, purtroppo, per necessità, generalistico.

Questo sistema alimenta il farsi strada della visione della tossicodipendenza come di una malattia cronica (forse incurabile).

Per quanto riguarda noi come professionisti ritengo che il tossicomane sia soprattutto una persona che, come tale, va preservata, viva e possibilmente sana.

Prima la sua incolumità e poi la possibilità di non farle più usare droghe, se ci riusciamo.

Credo dobbiamo accontentarci di obiettivi perseguibili. Uno di questi la riduzione del numero di assunzioni di droga illegale. Attraverso la assunzione del solo metadone prescritto. Che rimane una delle strategie volte alla riduzione del danno sociale. Anche se non si deve dimenticare la necessità di una "terapia".

Il metadone insomma non sostituisce l'eroina, ma può essere un farmaco utilizzato con buoni risultati all'interno di un processo terapeutico dell'eroinomane, processo che ha bisogno di altri atti per compiersi.

Non è insomma la sola somministrazione in sé di un qualsiasi farmaco da parte di personale sanitario a definire che, in quel momento, si sta compiendo un atto terapeutico.

Non bisogna dimenticare che, se pur è dimostrato che il metadone riduce i comportamenti criminali, l'assunzione di droga, ed i comportamenti a rischio dei tossicodipendenti in trattamento, l'azione terapeutica, in questo campo più che in altri, non è solo il farmaco ma l'interazione tra il terapeuta ed il paziente, nell'ambito di una progettualità definita.

Progettualità che fa la differenza fra una azione di contenimento delle emergenze sociali e sanitarie, necessaria ed auspicabile, e la vera azione clinico-terapeutica. Progettualità della quale può e deve far parte anche la farmacia, in grado di esercitare un controllo sulla somministrazione costante e continua, ed instaurare un rapporto con il paziente che forse lo aiuti ad accrescere la sua fiducia nella terapia. Fiducia che è uno dei passi necessari al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.

Può apparire come se il mantenimento del tossicodipendente in uno stato di cronicità assistita da una parte contenga l'emergenza, ma dall'altra andrebbe evitata per esercitare una azione terapeutica corretta sul singolo. Paradossalmente è come se per contenere l'emergenza non si curasse e curando non si contenga l'emergenza.

Questo dualismo manicheo mostra a mio avviso qualche falla. Se è impossibile generalizzare quando si parla di pazienti e patologie, mi si permetta di dire che è ancor più impossibile quando si parla di tossicodipendenza e tossicodipendenti.

Allora perché non rendere quella che sembrava una specie di consorte, che faceva incontrare il medico condotto con il farmacista del paese, in qualcosa di più adatto ai tempi e soprattutto di più aderente ai bisogni di questo sistema di assistenza.

A tale scopo sarebbe utile pensare ad una sorta di triangolazione fra medico di base, servizio per le tossicodipendenze, farmacia, per meglio seguire il paziente e la terapia proposta.

Qualcosa che non sia affidato alla insistenza di alcuni od alla curiosità professionale di altri, ma che diventi un "sistema", un modo di lavorare che permetta a tutti di operare al meglio e che produca risultati. Sempre nell'ottica del paziente.

È difficile fare proposte di questo tipo quando il paziente di cui parliamo è solo quella seccatura (perdonatemi il termine) di tossicodipendente, brutto sporco e cattivo. Sinceramente però mi sento molto più utile nel distribuire un flacone di metadone, che non un "due e uno", come definiscono le insuline e l'acqua distillata.

Mi sento molto più responsabile nei confronti della società in cui vivo operando in questo modo. Contribuisco a compiere quel passo che costruisce un intervento terapeutico efficace.

Purtroppo si vede solo la "rogna", la parte negativa del problema. Che pure c'è, esiste, guai a negarla.

Basterebbe invece informare di più e meglio quale risultato sia, in termini di costi sociali, mantenere un tossicomane fuori dal mondo della dipendenza e delle droghe illegali.

E non per fare il buonista ma solo per affrontare pragmaticamente il problema.

Forse si deve davvero iniziare a considerare la terapia con il metadone non più esclusivamente una terapia di disassuefazione, ma anche, in alcuni casi, il trattamento di un malato cronico.

E se di malato cronico si tratta benvenuta la nuova normativa del 2006 che permette fino a 30 giorni di terapia.

Oggi nessuna norma stabilisce come debbano relazionarsi le strutture presenti sul territorio, la medicina generale, il Ser.T, la farmacia; invece si potrebbe interagire "costantemente" per monitorare in maniera cadenzata l'andamento della terapia.

Si potrebbe costruire un sistema che preveda un controllo delle spedizioni effettuate dal singolo paziente, i tempi, le date, se vi sono stati ritardi, se vi sono altre situazioni da segnalare, da confrontare, fare sì che tutti gli attori presenti si scambino dati ed informazioni non per cortesia professionale, ma per essere più efficaci.

Come? Istituito per esempio incontri regolari fra i medici di medicina generale coinvolti, i medici del Ser.T e le farmacie, per confrontare l'andamento della terapia e particolari situazioni, (alle volte il farmacista è il primo ad accorgersi che il paziente abbandona la terapia con il metadone); ipotizziamo ancora un sistema in cui il Ser.T o il medico di base fornisca al paziente una scheda magnetica che viene ricaricata, in funzione dei suoi esami, e con la quale il paziente va in farmacia a prelevare le dosi di metadone che vengono scalate dal suo acconto, e la somministrazione trasmessa in via telematica contestualmente alla consegna del farmaco.

Sembra FantaSanità, ma si progredisce pensando cose che appaiono impossibili al momento.

Tutto questo però non basta. Non basta pensare solo al problema della dipendenza farmacologica dalla droga. La dipendenza farmacologica è un problema relativo. Necessario è il supporto con la terapia psicologica, dal supporto alle famiglie, che sostiene e prolunga il risultato ottenuto dal farmaco. È un problema enorme, che non riguarda direttamente il farmacista, ma che contribuisce al raggiungimento degli obiettivi preposti.

Fin qui abbiamo parlato solo di eroinismo. Che è la parte più appariscente e forse più "mostruosa" delle dipendenze.

Ma interrogiamoci su quale ruolo possa essere svolto dalla farmacia nel monitorare e segnalare altre e forse più subdole forme di dipendenza.

Come quella da psicofarmaci.

O rincorse sempre più frequenti alla "pillola che renda

felici", o ancora alla pillola che faccia dimagrire presto e tanto.

Non è certo compito della farmacia valutare la congruità terapeutica, ma monitorare i consumi e confrontarli con la tipologia di popolazione è possibile, auspicabile, e crediamo molto utile. Basterebbe confrontare i dati di consumo, che abbiamo già, con la tipologia di popolazione e con le medie di consumo nazionali ed internazionali. Tutto ciò per effettuare un controllo più attento e capillare sullo stato di salute della popolazione, per monitorare in modo efficace i consumi ed infine per agire professionalmente e responsabilmente nei confronti della società.

Società che va sempre di più verso la rincorsa di bisogni spesso irrealizzabili, in cui la presenza sul territorio di una istituzione così capillarizzata come la farmacia andrebbe meglio sfruttata e meglio valorizzata.

Costruire una rete che stabilmente effettui sondaggi sulla popolazione residente, in maniera semplice e diretta, ed effettui una educazione sanitaria continua, applicando quel ruolo professionale di cui siamo già investiti, ma stavolta sinergizzando gli sforzi con le altre strutture, potrebbe essere uno degli obiettivi da raggiungere.

Screening sull'alcolismo, sfruttando la capillarità e l'anonimato che offre la raccolta di schede in farmacia, sono opportunità da cogliere, come molte altre.

Ci sono anche domande che vengono in mente, domande che derivano dalla esperienza di lavoro, dallo scontrarsi quotidiano con esigenze e problematiche, e che forse è opportuno proporre, anche per suscitare delle risposte.

Come deve comportarsi il farmacista che di sabato riceve una ricetta ministeriale redatta non formalmente, deve rispedire il paziente dal medico?

Con il rischio che sospenda la terapia?

O ancora se il farmacista ha il sospetto che il paziente in terapia di disassuefazione sia tornato a fare uso di droghe da abuso come deve comportarsi?

Deve parlarne al medico in barba ad ogni regola sulla privacy?

Insomma il razionale del comportamento sta nello stare dentro le regole, all'interno della norma legislativa, utilizzando la stessa alle volte come una difesa, o cercare di affrontare il problema, il disagio?

Credo nostro compito sia cercare di affrontare il disagio, stando dentro la legge, e promuovendo le opportune modifiche alla stessa quando si rivela inefficace a tutelare la salute del cittadino.

TERZO PREMIO NAZIONALE FEDERSERD ANNO 2007 "INTEGRAZIONE TRA SER.T E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI" SINTESI DEI PROGETTI PRESENTATI

A cura di Alfio Lucchini, *Presidente Nazionale FeDerSerD*
e Maurizio Fea, *Responsabile Settore Formazione FeDerSerD*

Il terzo premio nazionale FeDerSerD, per l'anno 2007, ha avuto come tema la "Integrazione tra SerT e medici di medicina generale nella gestione del paziente in trattamento con agonista degli oppiacei".

Il premio ha voluto focalizzare potenzialità e difficoltà nei territori nel costruire rapporti significativi tra SerT e medici di medicina generale.

Si è chiesto ai partecipanti di produrre un report di fattibilità, contenente uno studio di massima di come costruire nel proprio territorio la interazione di cui all'oggetto del bando. Sono utili una analisi territoriale, dati epidemiologici, caratteristiche dei pazienti in trattamento con agonista, progetto di collaborazione con i MMG.

Tutti i partecipanti sono stati invitati a Bologna nel settembre 2007, per un seminario intermedio di studio ed ulteriore elaborazione. A fine ottobre 2007, nel corso del III congresso nazionale di FeDerSerD a Sorrento, sono stati premiati i tre elaborati prescelti dalla commissione esaminatrice.

Anche quest'anno la Ditta Molteni Farmaceutici ha partecipato con un grant educativo.

Riportiamo le motivazioni dei premiati e una sintesi dei progetti, che sono pubblicati per esteso sul sito www.federserd.it

I PREMIO EX EQUO - C. BALDELLI et altri

MOTIVAZIONE:

... per aver saputo coagulare nella realizzazione di questo progetto, esperienze internazionali e nazionali e averle trasportate con successo all'interno di una complessa realtà operativa metropolitana come quella della città di Roma.

Nonostante alcune immancabili difficoltà incontrate senz'altro dai vari attori del progetto, la valutazione dei risultati finali ottenuti ha registrato sia un adeguato grado di soddisfazione degli utenti, che hanno potuto vivere le positive conseguenze legate ad un progressivo sganciamento dalle quotidiane dinamiche relazionali con altri tossicodipendenti non stabilizzati come loro, che un decremento dello stigma, con superamento dei timori e diffidenze iniziali da parte dei MMG, a trattare questa

particolare tipologia di utenza.

Un plauso va quindi va all'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma per aver ideato e proposto questo "Progetto Base" e agli operatori dei Ser.T della ASL RME per aver realizzato la formazione dei MMG e la selezione dei soggetti partecipanti. Nel plauso vanno annoverati i MMG sia per la messa in atto di questo progetto d'integrazione con i Ser.T ed i Farmacisti di zona che per l'opera di monitoraggio e valutazione alla quale hanno sottoposto tutte le diverse fasi del progetto di attuazione, che permetterà, peraltro, la continuazione dello stesso negli anni a venire.

I PREMIO EX EQUO - A. CINQUEGRANA et altri

MOTIVAZIONE:

... per aver saputo effettuare un'analisi approfondita del territorio sul quale insiste il servizio per le tossicodipendenze ed aver saputo individuare tutte le possibili sinergie utili ad un miglioramento del trattamento dei pazienti tossicodipendenti orientato ad offrire, ad un sempre più articolato ed ampio livello della domanda, una serie di prestazioni terapeutiche complesse e globali con l'ausilio altamente professionale dei MMG della zona.

Attraverso la realizzazione di questo progetto si creeranno i presupposti per superare alcune problematiche del passato rappresentate da un lato da una delega eccessiva ai Ser.T da parte dei MMG e dall'altro dal fatto che i Ser.T non abbiano saputo individuare tempestivamente nella collaborazione con i MMG, una risorsa che avrebbe consentito abbastanza rapidamente la realizzazione di soluzioni differenziate per strutturare percorsi di cura più idonei alle necessità ed alle aspettative dei singoli pazienti.

Un plauso va quindi ai medici del Ser.T della ASL della Provincia di Brescia e dei MMG dei distretti zionali che intraprenderanno attraverso questo premio le fasi iniziali dell'attuazione pratica di questo loro progetto operativo.

III PREMIO - G. ARDISSONE et altri

MOTIVAZIONE:

... per aver proposto un progetto che permetterà un riavvicinamento di questa specifica categoria di pazienti ai

MMG, offrendogli un diverso contesto medico dove poter essere curati per tutte le patologie presentate e permettendogli contestualmente di svincolare il proprio concetto di dipendenza da un giudizio moralistico e di ricollocarlo in un concetto medico di cura.

Attraverso questo progetto si creeranno i presupposti operativi per captare differenti popolazioni di utilizzatori di eroina offrendo ad esse una possibilità di cura esterna al Ser.T e quindi maggiormente confacente alle loro specifiche necessità.

Il progetto permetterà una razionalizzazione delle risorse

e di conseguenza una riallocazione delle stesse in interventi di maggior efficacia anche attraverso la creazione di nuovi "setting" operativi presso gli studi dei MMG che, in ragione di tale progetto, saranno sottoposti ad un percorso formativo specifico, insieme ai Farmacisti di zona.

Il nostro plauso va, pertanto, ai colleghi del Dipartimento delle Dipendenze ASL1 Imperiese, per i contenuti operativi offerti attraverso questo progetto d'integrazione tra operatori Ser.T e MMG.

"PROGETTO BASE": UN PROGETTO PILOTA PER L'INSERIMENTO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) NELLA RETE CITTADINA DEI SERVIZI PER LA CURA DELLE TOSSICODIPENDENZE IN UNA GRANDE METROPOLI ITALIANA

di Claudio Baldelli, *Responsabile Ser.T. Piazza Cinque Giornate e Referente Progetto Base - ASL RM/E*
e Ignazio Marcozzi Rozzi, *Presidente Agenzia Comunale Tossicodipendenze, Roma*

Introduzione

Prendendo spunto da esperienze internazionali e dalle poche esperienze nazionali, nessuna di queste ultime operative in città metropolitane, nel 2004 si realizza a Roma il "Progetto Base". Esso è stato ideato e proposto dall'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze (ACT) e realizzato grazie all'impegno del Direttore Generale della ASL RM/E e al lavoro degli operatori dei Ser.T. di p.zza Cinque Giornate, p.zza Santa Maria della Pietà e via di Val Cannuta. Gli attori del progetto pilota hanno sempre avuto ben chiara la difficoltà di rendere operativo un servizio di integrazione in un tessuto metropolitano parcellizzato. L'anonimato, lo stigma, la mobilità abitativa e social-lavorativa sono fenomeni altamente incidenti nelle relazioni terapeutiche sia degli operatori dei Ser.T. che dei MMG. I timori e le resistenze dei MMG e dei Farmacisti di zona, legate ad una microcriminalità più presente, sono senza dubbio più forti che in provincia ed hanno una necessità di coinvolgimento e prudenze maggiori per poter essere superati.

Obiettivi

L'obiettivo prioritario è l'attivazione di contratti terapeutici personalizzati tramite l'inserimento del Medico di Medicina Generale nella rete cittadina dei Servizi per la cura delle tossicodipendenze e in particolare la gestione integrata, Ser.T. - MMG, dei pazienti in trattamento con metadone a mantenimento.

Materiali e metodi

L'ACT ha proposto ai MMG della ASL RM/E la collaborazione al Progetto Base ed ha raccolto le loro adesioni; ha effettuato il monitoraggio e la valutazione del progetto. La stessa ACT e i Ser.T. Cinque Giornate, S.M. Pietà e Val Cannuta hanno organizzato il primo corso di formazione per i MMG a Roma. Hanno sviluppato un protocollo operativo che ha previsto: 1) per i Ser.T. l'individuazione di pazienti in trattamento farmacologico con metadone a mantenimento, stabilizzati, non più dediti all'uso costante di eroina e che abbiano una riabilitazione socio-lavorativa avanzata; l'invio di costoro al MMG; il monitoraggio del percorso terapeutico; 2) per i MMG la presa in

carico del paziente in collaborazione col Ser.T.; la prescrizione del metadone; la sensibilizzazione delle farmacie di zona e il monitoraggio del programma. La ASL RM/E ha finanziato il progetto mettendo a disposizione dei MMG un incentivo economico per ciascun paziente preso in carico per un periodo di due anni. L'ACT si è occupata della valutazione.

Risultati

In due anni e mezzo 23 MMG hanno preso in carico, in cooperazione con i Ser.T., 36 pazienti in terapia protratta con metadone; il 52% dei MMG ha collaborato volontariamente senza percepire incentivi economici. Nonostante alcune difficoltà incontrate dai vari attori, si è registrato un elevato grado di soddisfazione da parte dei pazienti che si sganciano da relazioni quotidiane con altri tossicodipendenti in condizioni meno avanzate della propria e riacquisiscono comportamenti dei comuni cittadini; un ampliamento concreto del ventaglio delle proposte di cura da parte dei Ser.T. e un decremento dello stigma con superamento dei timori e diffidenze iniziali da parte dei MMG.

Conclusioni

La collaborazione tra professionisti del Ser.T., il MMG e il farmacista di zona è realizzabile, seppure con fatica e gradualità, anche in una grande città. Possono beneficiarne pazienti, Ser.T., MMG e tutta la città. Sono necessari impegno, determinazione e costanza da parte degli operatori per vincere resistenze e pregiudizi.

Sono disponibili gli elementi descrittivi del Progetto e in particolare:

Il progetto pilota

Il Progetto Base: la ACT e la ASL RM E, iter politico amministrativo

Il Progetto Base, iter clinico scientifico

E poi: il ruolo del Ser.T. nel progetto base, le caratteristiche dei pazienti da inserire nel protocollo, le sequenze operative, il ruolo del mmg, il ruolo del medico referente del Ser.T. L'analisi del monitoraggio del percorso terapeutico

L'analisi dei dati (dal 01/01/2005 al 30/06/2007)
L'analisi dei costi

A titolo esemplificativo si riportano difficoltà e punti di forza riscontrate:

DIFFICOLTA' RISCONTRATE

Dai pazienti

- Costo del metadone
- Attese per la prescrizione dal MMG

Dai medici del Ser.T

- Diversi paz. arruolabili, già in trattamento con buprenorfina
- Resistenze da parte di alcuni MMG:
 - massimale già raggiunto
 - poco tempo a disposizione
- Riduzione del n° di MMG disponibili, con l'aumentare dei paz. arruolati

PUNTI DI FORZA

Per i pazienti

- Elevata compliance al trattamento
- Miglioramento della qualità della vita
- Sensazione di essere inseriti in un programma con maggiori caratteristiche di "normalità"
- Sganciamento progressivo dal contesto del Ser.T
- Determinazione a proseguire il percorso avviato

Per gli operatori del Ser.T

- Ampliamento del ventaglio delle proposte di cura con maggiore personalizzazione dell'intervento
- Riduzione dell'afflusso giornaliero di paz. al Ser.T
- Maturazione della consapevolezza di poter coinvolgere il MMG nel percorso terapeutico del paziente

Per i MMG

- Superamento della diffidenza e resistenza iniziale
- Decremento dello stigma rispetto ai pazienti tossicodipendenti
- Maggiore conoscenza dei Ser.T
- Arricchimento professionale

Nel complesso i risultati ottenuti, pur con le limitazioni dovute alla numerosità campionaria, depongono per l'efficacia del coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nel trattamento della dipendenza da sostanze, soprattutto alla luce della multiproblematicità della patologia.

L'esperienza clinica ha dimostrato un elevato livello di efficacia del trattamento in relazione a:

- Livello di integrazione e collaborazione tra il Medico di Medicina Generale e il Ser.T territoriale di riferimento;
- Ritenzione in trattamento;
- Compliance al trattamento (costanza nel rispettare tempi e regole del programma terapeutico individuale, comportamento adeguato con il Medico e gli altri servizi);
- Miglioramento della qualità della vita (espresso dal paziente);
- Possibilità di affrontare situazioni particolari altrimenti difficilmente gestibili (lavoro).

Per concludere:

- Il programma ha evidenziato un'ottima rispondenza in termini di stabilità sociale e lavorativa, alleanza di lavoro, comunicazione e motivazioni al trattamento.
- La presenza di sintomatologia sul piano psicologico risulta ancora elevata, pur se stabile; è ipotizzabile quindi il potenziamento degli interventi sul piano psicoterapeutico.
- I costi del progetto sono: per l'incentivazione nei primi 24 mesi 29.000 euro (ASL RM E). I costi per la valutazione dei risultati primo step 1.000 euro (ACT). Il costo totale, al 30/06/07, è di 30.000 euro riguardante 30 mesi di attività complessiva del Progetto Base che ha visto operativi 23 MMG con presa in carico di 36 pazienti per una spesa media di 1.000 euro mensili. I costi sostenuti, dati i risultati ottenuti appaiono certamente contenuti.

Hanno collaborato a vario titolo al Progetto Base:

- per la ACT:

Carla Rossi, Professore ordinario di Statistica Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata di Roma; Marinella D'Innocenzo, Delegato del Sindaco per la RM E; Guglielmo Masci, Direttore ACT; Fiorella Mancuso, Funzionario ACT; Massimiliano Bultrini, Dottore di Ricerca in Statistica Metodologica presso il Dipartimento di Statistica, Probabilità e Statistiche Applicate dell'Università degli Studi di Roma La Sapienza;

- per la ASL RM E:

Franco Condò, già Direttore Generale; Patrizia Rodinò, già Direttore Sanitario; Maria Sabia, già Direttore Amministrativo; Pietro Grasso, Direttore Generale; Mauro Goletti, Direttore Sanitario; Angelo Tanese, Direttore Amministrativo; Carlo Di Stefano Direttore Inc. Distretti XVII - XVIII; Anna Roberti, Direttore Inc. Distretti XIX - XX; Vincenzo Scarpino, già Direttore Dipartimento Dipendenze e Consigliere dell'Ordine dei Medici; Furio De Persis, Coordinatore Area Dipendenze; Pietro Casella, Coord. dei Ser.T. dei Municipi XVII - XVIII; Lucia Carosi, già responsabile Ser.T. S. Maria della Pietà; Daniela Castiglia, già responsabile Ser.T. Val Cannuta ora del Ser.T. S.M. della Pietà; Claudio Consoli, Anna Maria Lupi, Antonella Corbisiero, Maria Merlino, Alba

Rosa, Maria Luisa Ippoliti, Maria Grazia Niutta, Antonella Vetrano, Stefano Tomassetti, Marialuisa Pulito: Dirigenti Medici Ser.T.; Marilena Calleri, Adalgisa Ceccano, Elena Sperduti, Donatella Grosso, Massimo Nusca: Dirigenti Psicologi Ser.T.; Daniela Antonelli, Simona Scognamiglio, Marina Santoli: Assistenti Sociali Ser.T.; Stefania Ballesi, Mauro De Grossi: Capo Sala Ser.T.; Patrizia Badii, Stefania Guzzi, Mauro Cagnoli, Gloria Monari, Maria Saponaro, Pasquale Ribatti, Stefano Di Gioia, Maria Antonietta Colapietro, Mirella Carletti, Angela Lucia Paradiso, Goffredo Maurizi, Antonia Ciancio, Stefano Tauro, Francesca Settanni, Raffaele Turco Liveri, Daniela Mottironi, Alessandra Tudino, Patrizia De Vincenz, Maria Serena Garofalo, Fabrizia Recalchi, Marie Jusele Ngono, Melanie Ngniah Mbatkam: Infermieri Professionali Ser.T.

- MEDICI DI MEDICINA GENERALE:

Renato Fanelli (rappresentante FIMMG), Francesco Arceri (rappresentante FIMMG), Luciano Antonaci, Stefano Giacomello, Francesco Bungaro, Stefano Giordano, Ettore Ligabue, Giacomo Mangiaracina, Sebastiano Gendel, Gialuigi Tomei, Marzio Turinese, Francesca Stampi, Claudio Cartoni, Alessandro Alegiani, Corrado Latino, Gozer Giuseppe, Colomba D'Amico, Michieletto, Milani, Luciano Lombardi, Carla Ricci, Roberta Giannetti, Ignazio Marcozzi Rozzi.

SER.T 1- BRESCIA E MEDICI DI MEDICINA GENERALE: UN REPORT DI FATTIBILITÀ NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTI OPIACEI

di Antonia Cinquegrana (Medico, Direttore ff Ser.T 1 Brescia- ASL della Provincia di Brescia),
Ovidio Brignoli (Medico di Medicina Generale, Vicepresidente Nazionale S.I.M.G.),
Maurizio Cadoria (Medico, Responsabile U.O. Zanano - Ser.T 1 Brescia- ASL della Provincia di Brescia),
Piera Dettori (Medico, Responsabile U.O. Salò- Ser.T 1 Brescia- ASL della Provincia di Brescia),
Pierangelo Lora Aprile (Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale S.I.M.G. Area Cure di Fine Vita)

La premessa riguarda una approfondita analisi territoriale ed epidemiologica con particolare attenzione alla attività dei SerT della ASL provincia di Brescia.

Obiettivo

Ad oggi l'integrazione tra i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T) ed i Medici di Medicina Generale (MG), se si escludono alcune lodevoli eccezioni, rappresenta un obiettivo auspicabile ma non ancora raggiunto ed è necessario individuare possibili sinergie utili ad un miglioramento del trattamento dei pazienti tossicodipendenti per poter orientare ad una scelta più ampia la domanda di prestazione e la cura conseguente.

In passato da una parte si è assistito ad una delega eccessiva ai Ser.T da parte dei Medici di MG, dall'altra i Ser.T non hanno saputo individuare nella collaborazione con i Medici di MG una risorsa che consenta la realizzazione di soluzioni differenziate per strutturare percorsi di cura più idonei alle necessità/aspettative del singolo paziente.

Quanto enunciato nel *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005* del Ministero della Salute, relativamente ai principi fondamentali che devono guidare i rapporti di collaborazione tra ospedale e territorio vale appieno anche per costruire un intervento di collaborazione tra Ser.T e medici di MG, soprattutto quando si auspica di raggiungere un "elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire: l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi"

L'obiettivo della progettualità deve perciò identificare prassi operative per definire e soprattutto consolidare una co-gestione del paziente dipendente da oppiacei da parte del Ser.T. e dei medici di Medicina Generale

Deve altresì essere considerata la cornice legislativa, il TU 309/90, entro cui predisporre un possibile progetto, non potendosi prescindere da due fondamentali presupposti:

1. La scelta del paziente di consentire una co-gestione

Ser.T/ Medici di MG

2. La predisposizione di un piano terapeutico da parte del Ser.T

Per quanto riguarda il punto 1 bisogna infatti considerare che il medico Ser.T o il medico di Medicina Generale non possono mettersi in contatto tra loro senza il consenso dell'interessato, dato che il referendum abrogativo del '94 ha fatto decadere l'obbligo di segnalazione.

Lo stesso referendum inoltre attribuisce al Medico di Medicina Generale un ruolo importante nella gestione del paziente tossicodipendente e per questo motivo negli anni 1995/96 oltre 4000 Medici di famiglia sono stati coinvolti in uno specifico progetto di formazione con lo specifico obiettivo di migliorare l'accoglienza e l'assistenza ai pazienti tossicodipendenti e la collaborazione con i Ser.T. E' necessario per i Servizi e utile per i pazienti rinnovare questa alleanza terapeutica anche per un uso oculato delle risorse (Serpelloni G., Pirastru R., Brignoli O., 1996).

Per quanto riguarda il punto 2 bisogna considerare quanto disposto dal dettato legislativo 49/ 2006 che ha attuato la modifica dell'art. 43 del TU "La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14, qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei o di alcoolodipendenza, è effettuata utilizzando il ricettario di cui al comma 1 nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo".

Operatività progettuale

Si propone una progettualità - ricerca della durata di 18 mesi rivolta inizialmente ad un gruppo ristretto di professionisti del Ser.T e Medici di Medicina Generale (il gruppo non deve superare orientativamente le 10 unità) a cui spetterà il compito di elaborare delle linee di indirizzo relativamente alla gestione del paziente in trattamento con agonisti oppiacei. Tale iniziativa verrà presentata ai Medici di MG del territorio per l'attuazione clinica del progetto.

Sono previste pertanto 2 fasi.

Fase 1:

- a) costituzione del gruppo di lavoro ristretto
- b) predisposizione della metodologia di intervento e presentazione del progetto elaborato ai MMG

Fase 2:

- a) arruolamento dei pazienti nel percorso trattamento-proposto
- b) valutazione dell'andamento della terapia (in relazione agli obiettivi dichiarati) a 1, 3, 6 mesi dall'inizio della stessa.

La Fase 1 rappresenta quindi la prima parte di una progettualità più articolata e tale fase è propedeutica alla attuazione clinica operativa; il gruppo di lavoro ristretto dovrà quindi definire prassi adeguate per co-gestire il paziente dipendente da oppiacei in trattamento con agonisti curando particolarmente:

- la prevenzione dei comportamenti d'abuso
- la diagnosi di tossicodipendenza e di patologie correlate
- la definizione di un trattamento farmacologico associato o meno ad un intervento multimodale
- la gestione di situazioni particolarmente complesse quali la politossicodipendenza, la gravidanza, la associata patologia psichiatrica
- il coinvolgimento dei familiari e/o delle persone significative.

Sarà inoltre necessario consultare l'Ordine dei Farmacisti per conoscere eventuali criticità relative alla vendita di stupefacenti per il trattamento della dipendenza da oppiacei, prevedendo, se richiesto, attività di informazione / consulenza sulla tipologia dei pazienti tossicodipendenti per cui si attua la progettualità e, se del caso, anche sulla gestione di situazioni problematiche.

Considerando le differenti tipologie di pazienti sarà necessario predisporre interventi specifici per quanto riguarda la

- Riduzione del danno
- Riduzione del consumo di sostanze stupefacenti
- Astensione dall'uso di sostanze stupefacenti
- Prevenzione dei rischi di ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti.

La scelta di identificare queste possibili linee di intervento/cura scaturisce dall'intento di differenziare per il singolo paziente degli obiettivi specifici, per cui sia possibile, in tempi stabiliti, valutarne o meno il raggiungimento. Compito del gruppo di lavoro sarà anche quello di definire una priorità rispetto alle quattro aree proposte, valutando se nella presente progettualità si andranno ad approfondire possibili modalità di intervento relativamente a tutte o solo ad alcune delle tipologie di programmi proposti.

In particolar modo il gruppo di lavoro dovrà affrontare il complesso nodo dell'outcome nell'ambito delle dipendenze patologiche, sapendo superare credenze e pre-giudizi che si sostanziano nella "marcata oscillazione tra l'idea di incurabilità o irrisolvibile cronicità e l'attesa di

una piena risoluzione delle dipendenze grazie ad uno "sforzo di volontà" o agli interventi delle comunità terapeutiche" (Consoli e Selle, 2005).

Essendo la tossicodipendenza una sindrome comportamentale indotta da sostanze psicoattive, che inducono, in soggetti predisposti per fattori biologici, psicologici o sociali, autosomministrazione incontrollata, è "particolarmente difficoltoso riuscire ad individuare le caratteristiche cliniche ed evolutive (in senso di gravità e di differenze individuali) della patologia tossicomane" (Balassarre C. et al, 2006). E' necessario partire da questo dato per poter rimodulare gli indicatori di outcome proposti dall'American Society of Addiction Medicine (ASAM 1996) che vanno a considerare:

- L'astensione da qualsiasi droga illegale
- Il mantenimento di un lavoro o di una indipendenza economica
- La stabilizzazione dello stato di salute fisica e mentale in grado di incidere sulla vulnerabilità al rischio di ricadute.

Acquisendo anche quanto proposto da altri autori, che suggeriscono la valutazione di ulteriori indicatori quali la riduzione (e non l'astensione) dell'uso di sostanze stupefacenti, l'uso di alcol e altre sostanze psicoattive (poliabus) e la riduzione dei comportamenti criminali (Gossop et al., 2003, 2005).

Metodi

La revisione critica della letteratura nazionale ed internazionale degli outcome deve rappresentare quindi il primo punto di partenza del gruppo di lavoro per poter così definire il percorso metodologico della progettualità, che deve potersi avvalere di indicatori di percorso, di risultato e di qualità.

Di pari passo sarà necessario procedere all'identificazione e condivisione degli obiettivi terapeutici (verificabili in tempi definiti), precisare i livelli di responsabilità del percorso di cura e considerare gli strumenti per poter attuare il trattamento.

Il gruppo di lavoro della Fase I strutturerà il proprio intervento impegnandosi ad analizzare le priorità più urgenti di intervento, ad elencare le criticità e a delineare il sistema di valutazione (Ghiotti P, Maspoli M, 2007).

In particolare sarà necessario predisporre dei programmi di disassuefazione e di mantenimento con farmaci agonisti per la tossicodipendenza da oppiacei in cui siano precisate:

- le indicazioni di trattamento
- le controindicazioni assolute e relative
- gli obiettivi della cura

La metodologia dei programmi di cura proposti dovrà inoltre essere contenuta in linee di indirizzo in cui va descritto:

- la valutazione clinica iniziale,
- le situazioni che richiedono una valutazione clinica approfondita,
- le modalità di induzione del trattamento,

- i dosaggi del farmaco e gli intervalli fra le dosi,
- la programmazione dei controlli di base
- la programmazione dei controlli per situazioni a maggior rischio in caso di patologie associate
- i controlli tossicologici necessari,
- la gestione degli effetti collaterali,
- le modalità di conclusione del trattamento.

Tempi

La progettualità si svolgerà nell’arco di 18 mesi prevedendo per la Fase I e II una tempistica così articolata:

Fase I

- costituzione del gruppo di lavoro: 2 mesi
- predisposizione della metodologia di intervento e presentazione del progetto ai medici di MG: 4 mesi

Fase II

- attuazione clinica: 12 mesi

Bibliografia

American Society of Addiction Medicine - ASAM (1996), Patient Placement Criteria for the treatment of Substance-Related Disorders (ASAM PPC-2R), ASAM, Chevy Chase(MD)

PROGETTO DI INTEGRAZIONE TRA SER.T E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI

di Giancarlo Ardissonne (*Direttore Dipartimento delle Dipendenze ASL1 Imperiese*),
Laura Franceschini (*Medico Psichiatra del Ser.T di Imperia*), Alina Cirillo (*Medico Psichiatra del Ser.T di Ventimiglia*)

Premessa

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL1 Imperiese è costituito dalla Struttura Complessa Ser.T e dalla Comunità Terapeutica Ancora ed i Medici di Medicina Generale della nostra provincia sono circa 180 di cui circa 70 a San Remo e poco più di 50 a Imperia e 50 a Ventimiglia. Il Ser.T è presente sul territorio con tre sedi, corrispondenti ai Distretti, nelle zone di Imperia, San Remo e Ventimiglia; l'allocazione risulta essere quindi costiera pur servendo un ampio territorio interno ove i Distretti hanno decentrato ambiti periferici per venire incontro alla popolazione residente. Il nostro territorio difatti, come quello di tutta la Liguria, è caratterizzato da una fascia costiera con viabilità semplice e relativamente ben servita dal trasporto pubblico e una zona di entroterra non facilmente raggiungibile e mal servita dai mezzi pubblici.

Da una disamina dei pazienti afferenti al nostro Servizio in terapia sostitutiva si è visto che più del 75 % proviene dal territorio costiero o dal primo entroterra mentre è decisamente più esigua la quota di soggetti residenti nelle zone più lontane. Questo dato pone d'obbligo una riflessione in quanto causa potrebbe essere una minor diffusione di tale patologia nell'entroterra oppure potrebbe, più ragionevolmente, spiegarsi con la difficoltà all'accesso ai nostri servizi.

Nelle tabelle 1 e 2 sono evidenziati i dati rispetto alla tipologia dei pazienti seguiti dai nostri servizi.

Rispetto a quanto riportato dai dati nazionali che indicano un aumento complessivo dell'uso di sostanze (anche di eroina) tra i giovani, i report dell'anno 2006 nei nostri servizi evidenziano un invecchiamento della popolazione in carico, ciò denota una grossa difficoltà a captare nuovi consumatori e fasce di utenza di soggetti di più giovane età: è ormai risaputo quanto sia importan-

Tabella 1 - Percentuale di tossicodipendenti in trattamento sostitutivo nel 2006

	N° Tossicodip.	N° Tossicodip. in trattamento sostitutivo
Ventimiglia	319	290 (91%)
Sanremo	338	288 (85%)
Imperia	281	235 (84%)

te, come fattore prognostico positivo, la precocità dell'intervento.

Ad oggi molti pazienti sono costretti dall'attuale sistema di intervento ad adattarsi a trattamenti standard, gli unici disponibili, altri evitano di rivolgersi a servizi che offrono un modulo terapeutico singolo e uguale per tutti, soprattutto in ambienti stigmatizzanti.

La difficoltà di accesso alle cure, in parte legata alle distanze, in parte legata al non riconoscimento del SerT come luogo idoneo al trattamento da parte di soggetti affetti da eroinopatia in fase precoce, fa sì che non si riesca ad intervenire in modo efficace e tempestivo su tale tipologia di pazienti ancora ben inseriti nel contesto sociale e lavorativo.

Il riavvicinamento al Medico di Medicina Generale permette di offrire al paziente un contesto medico dove poter essere curato per tutte le patologie presentate permettendo di svincolare il concetto di dipendenza da un giudizio moralistico e di ricollocarlo in un concetto medico di cura.

Il contesto del medico curante permette inoltre una valutazione globale di tutte le patologie mediche con la conseguente riduzione delle patologie correlate.

Nella tabella 3 evidenziamo invece, sempre su base

Tabella 2 - Soggetti seguiti per tossicodipendenza nel 2006: fasce d'età

	Utenti totali	<19	19-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Ventimiglia	319	2	9	41	80	85	75	27
Sanremo	338	3	16	42	71	84	70	51
Imperia	281	4	5	38	59	76	59	40

Tabella 3

SEDE	N° soggetti	Tot. Giorni terapia	Tot. Giorni morf neg.	% morf. neg	Adh. trattamento
Imperia	108	25698	20210	78,64	51,35
San Remo	180	42464	30735	72,38	76,94
Ventimiglia	151	34796	24301	69,84	69,73

distrettuale, i dati concernenti l'andamento terapeutico dei soggetti seguiti dai nostri servizi, residenti nella ASL1 Imperiese, in terapia con Metadone seguiti nell'anno 2006.

Da quanto sopra esposto si ravvisa che in tutte e tre le sedi dei Ser.T vi è un congruo numero di pazienti, soprattutto nella fascia media di età, che ha una situazione di buona stabilizzazione clinica e pertanto potrebbe essere eleggibile rispetto ad un trattamento farmacologico a domicilio con prescrizione del curante.

L'intenzione del nostro servizio è difatti quella di avviare a tale trattamento solo pazienti stabilizzati e senza complicanze dal punto di vista psichiatrico e/o legale.

Le patologie psichiatriche più frequenti negli eroinodipendenti sono, in accordo con quanto presente in letteratura, il Disturbo Borderline di Personalità ed il Disturbo Antisociale: riteniamo che tali soggetti siano più efficacemente gestiti all'interno dei nostri servizi potendoci avvalere di un'equipe multidisciplinare.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Le motivazioni che inducono il nostro servizio a presentare questo progetto, già presente in alcune aree del territorio nazionale, sono molteplici e finalizzate:

1. a rendere maggiormente accessibile e diffuso sul territorio la possibilità di accesso a trattamenti con agonisti;
2. a provare a captare la nuova popolazione di utilizzatori di eroina offrendo una possibilità di cura esterna al sert e quindi maggiormente confacente alle loro necessità;
3. a garantire una maggior aderenza e continuità nell'assunzione di una terapia efficace ma che ha necessità di essere protratta stabilmente per periodi di tempo molto lunghi come avviene per tutte le patologie croniche ricidivanti
4. a motivare maggiormente nella prosecuzione del trattamento intrapreso laddove è risaputo che la motivazione e la condivisione del trattamento sono fattori favorevoli alla riuscita del trattamento stesso;
5. ad offrire un setting di cura adeguato a persone che stanno compiendo un percorso riabilitativo impegnativo e che vengono danneggiate dal permanere al di fuori di un servizio che per le sue caratteristiche accoglie e cura anche situazioni molto complesse sia dal punto di vista giudiziario sia di comorbilità psichiatrica. anche in letteratura è ormai descritto come fattore favorente le ricadute il mantenimento di rapporti correlati all'ambiente della dipendenza e dello spaccio;
6. a permettere al Ser.T di separare con setting di interventi adeguati i fruitori del nostro servizio evitando

quindi la commistione di utenti problematici e di interventi di riduzione del danno dai trattamenti diretti su soggetti con maggior livello di evolutività o passibili del raggiungimento e mantenimento del drug free;

7. a permettere una razionalizzazione delle risorse e di conseguenza una riallocazione delle stesse in interventi di maggior efficacia.

SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI

Dipartimento delle Dipendenze: ente direttamente coinvolto nella presa in carico dei pazienti tossicodipendenti, ha funzione di programmazione, supervisione e coordinamento.

Si fa carico nel progetto di moduli di aggiornamento professionale dei MMG nonché di eventuale supporto nella gestione dei casi.

Medici di Medicina Generale: coinvolti nella cura del paziente tossicodipendente loro affidato sia rispetto alla gestione delle patologie internistiche sia nella gestione del trattamento della dipendenza da oppiacei con funzioni di prescrizione e monitoraggio del trattamento.

Distretti sanitari: supporto generale e logistico nonché interlocutori a livello progettuale dell'intesa con i MMG.

Ordine dei Farmacisti: necessità di garantire in modo corretto e continuativo l'approvvigionamento di metadone per garantire sia la sicurezza nella ricettazione da parte del MMG, sia per tutelare il paziente ed anche il Ser.T che ha difficoltà ad essere richiamato in estemporanea a funzioni di somministrazione.

SITUAZIONE ATTUALE

Nella nostra provincia già da tempo esiste una collaborazione tra Ser.T e MMG rispetto alla gestione del paziente tossicodipendente che, in alcuni casi, ha anche previsto la prescrizione di Metadone da parte del medico curante. Tale collaborazione non formalizzata è sempre avvenuta per intese su singolo paziente rispetto a problematiche individuali che non sono mai divenute prassi regolari per il nostro servizio nonostante fossero comunque diffuse su tutti e tre i nostri ambiti territoriali e siano state nel complesso esperienze positive sia per il Ser.T sia per i medici coinvolti. Non si sono difatti mai rilevati problemi nella gestione dell'utente da parte del MMG a dimostrare quanto già in letteratura è descritto ovvero che in condizioni di maggior dignità non vi è interesse da parte del tossicodipendente a mostrarsi minormente adeguato rispetto al contesto in cui si trova.

I motivi che hanno portato a non ampliare ed istituzionalizzare tale tipo di collaborazione sono stati essenzial-

mente che, a parte la prescrizione ed il ritiro del metadone in farmacia, i rapporti con il Ser.T non cambiavano e vi era quindi comunque un'afferenza settimanale per l'esecuzione dell'esame delle urine, vi erano problemi di prescrizione da parte dell'eventuale sostituto del curante, vi erano problemi di approvvigionamento del farmaco nelle farmacie, e vi era in ultimo, ma non meno importante, una difficoltà da parte del Ser.T a "perdere" la relazione con un paziente in remissione clinica con la "presunzione" che il MMG non sarebbe stato in grado di gestirla in maniera ugualmente propria.

Altro problema evidenziato era la gestione di un'eventuale divezzamento dal sostitutivo o solo diminuzione di dosaggio per cui l'utente veniva nuovamente indirizzato al Ser.T.

Alla luce di quanto sopraesposto pare vi siano elementi sufficienti per rivedere le modalità di gestione ed affidamento dell'utente in terapia con metadone al medico curante al fine di garantire l'utente rispetto ad una presa in carico eventualmente integrata ma rispettosa innanzi tutto di lui come paziente (evitandogli un aggravio nella gestione del problema di salute) sia dei professionisti coinvolti rispetto ai compiti propri.

Pare quindi possibile istituzionalizzare tale collaborazione mediante la creazione di protocolli di intesa tra le diverse parti interessate.

CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

TEMPISTICA

- Luglio-settembre 2007

Realizzazione di un gruppo misto di lavoro
Coinvolgimento dell'Ordine dei Farmacisti

- Ottobre -Dicembre 2007

Definizione dei compiti e delle funzioni degli enti coinvolti

Stesura di un Protocollo di Intesa con i MMG
Definizione degli incentivi da attribuire ai MMG
Stesura di una griglia di valutazione

- Febbraio 2008

Organizzazione di un evento formativo

E' già stato effettuato un incontro preliminare con il Direttore dei Distretti dell'ASL1 Imperiese per illustrare il progetto. I responsabili del progetto sono stati invitati a presentarlo il giorno 12/7/2007 al Comitato Permanente per la Medicina Generale già istituzionalizzato nella nostra ASL.

Definizione del Progetto

- **Realizzazione di un gruppo misto di lavoro** presso la Direzione Aziendale dell'ASL1 imperiese finalizzato alla realizzazione di un progetto di collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze e MMG per la gestione della terapia sostitutiva con metadone a pazienti stabilizzati.

- **Coinvolgimento dell'Ordine dei Farmacisti** per la contrattazione riguardante l'approvvigionamento del metadone e l'accessibilità ad esse dal territorio.

- **Definizione dei compiti e delle funzioni degli enti**

coinvolti: parrebbe opportuno che al DDD rimanessero le funzioni di diagnosi, di definizione del programma terapeutico e di stabilizzazione del paziente nonché tutti gli altri interventi che il medico di base non è in grado di garantire quali la psicoterapia, interventi di segretariato sociale, inserimento lavorativo, programmi di alternativa alla detenzione ecc., ovvero sia tutti quegli interventi maggiormente specialistici e di secondo livello.

E' sottinteso che qualora ne ravvedesse la necessità, come a tutt'oggi già succede, il MMG può farsi promotore presso il Ser.t della richiesta di tali interventi.

La connotazione di Medico di famiglia pone il curante in una posizione di maggior vicinanza al paziente e alla precoce valutazione di eventuali problematiche che se tempestivamente segnalate determinano la messa in atto di interventi precoci con maggiori possibilità di successo.

Pare a questo punto utile sottolineare come già emerso dalla nostra precedente esperienza e dai dati presenti in letteratura, che è fondamentale che il Ser.t mantenga, attraverso verifiche e counseling periodici, la gestione e la titolarità sul paziente mettendo in una situazione di maggior protezione il curante rispetto ad eventuali nodi problematici quali per esempio la ricaduta o la gestione di aspetti medico legali, cioè di tutti i momenti in cui si verificano difficoltà nella gestione del programma terapeutico.

Questa modalità di intervento, scontata per le altre branche della medicina ove vi sia la necessità di interventi specialistici, pare importante nel ricondurre anche la Tossicodipendenza nell'ambito della malattia più che della devianza o dello stigma sociale.

- **Stesura di un Protocollo di Intesa con i MMG** che preveda la tipologia dell'utenza inviata, le modalità di invio, il numero massimo di utenti seguiti da ciascun medico (non più di 4/6 come definito in letteratura), le funzioni del Ser.T e le modalità di intervento e di supporto se eventualmente richieste.

- **Definizione degli incentivi da attribuire ai MMG** che partecipano al progetto come riconoscimento di un ulteriore carico di lavoro rispetto agli interventi su una patologia complessa. Il Direttore dei tre Distretti ha già confermato tale possibilità.

- **Stesura di una griglia di valutazione** che preveda indicatori significativi dell'attività in corso finalizzata all'erogazione degli incentivi

- **Valutazione della possibilità dell'utilizzo di Intranet Aziendale** come ulteriore strumento di comunicazione e di interscambio tra Ser.T e MMG avendo anche questi ultimi accesso tramite un'area riservata.

- **Organizzazione di un evento formativo** per i medici di Medicina Generale per la presentazione del Protocollo realizzato ma con particolare riferimento alla gestione del paziente con Dipendenza da Eroina in terapia con farmaco sostitutivo.

Parallelamente al gruppo misto di lavoro pare opportuno che nei mesi tra settembre 2007 e gennaio 2008 venga

effettuata, all'interno del Dipartimento delle Dipendenze, una valutazione approfondita degli utenti in carico con ridefinizione del progetto terapeutico per un eventuale affidamento al medico curante qualora questi desse la sua disponibilità.

Altrettanto utile è che venga effettuata, all'interno di ciascuna Sede Ser.T, la definizione di almeno due coordinatori del progetto, uno dei quali un Infermiere Professionale, che saranno poi coloro che parteciperanno agli incontri periodici di verifica e potrebbero diventare referenti per i MMG onde agevolare i contatti.

Infine l'esperienza acquisita in altre ASL sembra dimostrare che a fronte di un miglioramento della qualità di cure, di un costo aumentato per la terapia sostitutiva se acquistata nelle farmacie, l'affidamento al Medico Curante determini un carico di costo inferiore.

Sarebbe quindi interessante anche per noi valutare, ad un anno di distanza, gli esiti del progetto sia in termini di monitoraggio clinico (efficacia dell'intervento) sia in termini economici come costo pro capite di ciascun utente.

INTEGRAZIONE TRA IL SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI: METADONE CLORIDRATO. ESPERIENZA A BOLOGNA

di Maria Chiara Pieri, *Dirigente Ser.T Carpaccio Polo Est - Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL Città di Bologna*

Premessa

Nel trattamento del paziente tossicodipendente, che è un paziente in genere multiproblematico, è fondamentale la necessità di gestire diverse patologie concomitanti all'uso di sostanze e di farlo in modo appropriato e accessibile, in quanto si presentano spesso quadri il più delle volte cronici, che possono creare nei pazienti una notevole riduzione della qualità della vita e in cui vi è la necessità di un'assistenza continuativa sia a livello domiciliare sia ospedaliero.

Riveste una particolare importanza il riconoscimento precoce del disturbo e la presa in carico condivisa tra i servizi.

La regione Emilia Romagna prevede un programma Leggieri per la gestione integrata dei disturbi di base psichiatrici (ansia, depressione) e inoltre il gruppo alcol a Bologna sta lavorando in modo integrato con i medici di Medicina Generale per la gestione integrata del paziente alcolista.

Obiettivo

Migliorare l'assistenza integrata ai pazienti tossicodipendenti in trattamento con sostitutivo agonista degli oppiacei, producendo protocolli di lavoro che coinvolgano ed integrino la figura del medico tossicologo esperto del Ser.T con la figura di riferimento del medico di Medicina Generale, migliorando la compliance del paziente al trattamento, il monitoraggio del paziente e garantendo al paziente una maggior possibilità di accesso anche in ambienti non connotati, dato che circa il 40% dei pazienti che sono in carico al nostro Ser.T lavorano.

Metodologia

Stiamo organizzando per il prossimo 2007/2008, in collaborazione con l'ordine dei medici di Bologna e l'organizzazione sindacali dei medici di medicina generale, una formazione continua e integrata tra il Ser.T e i Medici di Medicina Generale di Bologna, attraverso sia corsi programmati di aggiornamento obbligatorio sia con alcune giornate mirate al piccolo gruppo e al territorio in cui lavorano sia i professionisti del Ser.T sia i Medici di Medicina Generale, mirate ad una reciproca conoscenza, cioè da una parte, come si lavora al Ser.T, quale organizzazione ha il Ser.T, quali trattamenti sostituitivi utilizza, quali percorsi e trattamenti per tutte le patologie correlate all'uso di sostanze e quali trattamenti e percorsi per le problematiche relative alle patologie psichiatriche dall'altra parte, difficoltà che incontra il Medico di Medicina Generale nella gestione ambulatoriale del paziente tossicodipendente in trattamento con sostitutivo? Come fare a collaborare e quindi ad aiutarsi? Definire chi fa? E chi fa che cosa? E soprattutto aiutare il Medico di Medicina Generale ad accompagnare il paziente, dopo aver riconosciuto il problema dell'uso di sostanze al Ser.T e successivamente a continuarlo a seguire dopo la prescrizione del trattamento con sostitutivo.

Esiste già a Bologna l'esperienza di integrazione tra il Ser.T e alcuni Medici di Medicina Generale, ma è un numero esiguo, con questo progetto pensiamo di poter accreditare un protocollo di lavoro che permetta a tutta l'area di collaborare, ove ce ne sia necessità e bisogno, nella gestione comune del paziente tossicodipendente, delegando al Medico di Medicina Generale la somministrazione del farmaco prescritta dal medico del Ser.T.

II COINVOLGIMENTO DEL MEDICO DI BASE NEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA

di Claudio Tosetto

Dirigente medico, Dipartimento Dipendenze - ASL Varese

Il coinvolgimento del medico di base nel programma di trattamento della tossicodipendenza può

- offrire garanzie di controllo sui presupposti comportamentali, tossicologici e ambientali che giustificano la concessione dell'affidamento e la sua prosecuzione nel tempo,
- normalizzare i percorsi di cura anche in relazione alla flessibilità necessaria in relazione a specifici impegni lavorativi e familiari,
- supporto al "bisogno" che alcuni pazienti manifestano nel corso del programma terapeutico di uscire dai "soliti circuiti".

Il punto di vista del medico di base, che spesso ha in cura anche i familiari del paziente, può inoltre comprendere uno spettro più ampio di informazioni utili in chiave terapeutico-riabilitativa.

Infatti la cooperazione col medico di base può:

1. facilitare ulteriormente il progetto riabilitativo del paziente col progressivo passaggio di alcune funzioni di controllo e verifica, in un contesto più vicino al paziente;
2. permettere un miglior controllo sull'abuso di farmaci ansiolitici ed ipnotici la cui prescrizione viene frequentemente richiesta al medico di base all'insaputa del Ser.T. il quale potrebbe parallelamente aver prescritto analogo trattamento.

Per contro l'affidamento al medico di base implica un doppio accesso del paziente alle prestazioni sanitarie (nella struttura specialistica e presso il medico di famiglia) e un costo maggiore del farmaco che viene erogato dalle farmacie esterne.

Si pone quindi la necessità di operare una valutazione del rapporto costo-beneficio del doppio passaggio e dell'aumento delle spese, considerato che comunque l'utente deve recarsi almeno settimanalmente al Ser.T per i controlli urinari.

Dopo l'accordo strutturale ed operativo con i Medici di Medicina Generale disponibili alla collaborazione e con le Farmacie, di fondamentale importanza è la corretta selezione dei pazienti che devono presentare adeguate capacità di relazione, essere affidabili nella gestione del farmaco (in previsione del ritiro della ricetta e della possibilità di approvvigionarsi del farmaco per più giorni nelle farmacie), presentare un buon inserimento nel contesto lavorativo e sociale.

Nel sistema territoriale per il trattamento delle dipendenze è importante una competenza del sistema dei servizi sanitari territoriali per garantire la diagnosi precoce di situazioni a rischio o già problematiche.

Obiettivo strategico deve essere quello di implementare le competenze e l'efficacia dei servizi/professionisti della rete in materia di consumi problematici e di dipendenze e di stimolare una modifica degli atteggiamenti dei professionisti nei confronti della tematica (chiusura, pregiudizio, stigma, resistenza culturale ed ideologica).

Obiettivi operativi:

- formare adeguatamente un gruppo di MMG interessati a partecipare alla sperimentazione;
- formare adeguatamente un gruppo di Farmacisti interessati a partecipare alla sperimentazione;
- condividere un protocollo con i MMG, per standardizzare le procedure di presa in carico e di trattamento, nonché monitorare e misurare l'efficacia degli interventi;
- condividere un protocollo con i Farmacisti, per standardizzare le procedure di gestione delle forniture di farmaci sostitutivi e sintomatici utilizzati nel trattamento, nonché monitorare e misurare l'efficacia degli interventi;
- formare un gruppo di valutazione misto (Ser.T, rappresentanti MMG e rappresentanti Farmacisti) per valutare i programmi in corso;
- coinvolgere nel progetto del Dipartimento di Cure Primarie e Continuità Assistenziale, degli Ordini professionali, delle sigle sindacali e delle società scientifiche con organizzazione di corsi di formazione;
- definire caratteristiche e procedure attuative dei programmi di trattamento differenziati per persone con migliorate situazioni cliniche e di vita;
- ampliare in seno al territorio della provincia le possibilità, per le persone con dipendenza da oppiacei, di accedere ai trattamenti farmacologici con sostitutivi;
- "liberare" risorse del servizio specialistico per potenziare gli interventi di secondo livello;
- "normalizzazione" dei percorsi terapeutici più consolidati;
- mettere a disposizione tramite il MMG interventi precoci per i consumatori a rischio e i più giovani (che non arrivano al servizio specialistico).

Aspetti operativi preliminari

Prerequisito fondamentale di ogni trattamento "co-

gestito" da Ser.T e MMG sarà il consenso del paziente (che verrà trasmesso in copia al MMG al momento dell'avvio della co-gestione) al quale dovranno essere illustrati i termini della collaborazione.

Gli accordi di collaborazione con i MMG saranno definiti per ogni singolo paziente e dovranno essere concordate le eventuali funzioni direttamente gestite dal MMG (contatti / verifiche con/su i familiari, prescrizione di altri farmaci utili per la specifica situazione, situazione, somministrazione diretta del farmaco, monitoraggio delle patologie infettive correlate, ecc.).

Stabilito col MMG un accordo per la duplice via di gestione, la proposta di collaborazione accompagnata da informazioni cliniche necessarie dovrebbe essere inviata per iscritto allo stesso, precisando gli aspetti della collaborazione con le disponibilità e competenze reciproche secondo gli accordi, caso per caso.

Una modalità di interazione minima potrà prevedere che il paziente si presenti al Ser.T una volta alla settimana (col tempo e con il positivo sviluppo di questa modalità di trattamento questi passaggi al Ser.T potranno essere diradati con decisione condivisa con il MMG) per effet-

tuare un colloquio di verifica, assumere la dose di metadone prevista per il giorno e sottoporsi al prelievo di urine (sotto controllo infermieristico) per gli esami tossicologici di laboratorio. Per i rimanenti sei giorni della settimana il paziente si avvarrà della prescrizione effettuata dal medico di base.

In questo caso viene inviato al medico di base un "Calendario Terapia" nel quale il medico del Ser.T registra, in corrispondenza del giorno nel quale il paziente si è presentato, la dose di metadone assunta e la effettuazione dei controlli previsti, apponendo la firma e il timbro.

Al medico di base viene richiesto di apporre nello stesso calendario la firma e il timbro in corrispondenza dei giorni per i quali ha effettuato la prescrizione.

Sia il medico del Ser.T che il medico di base possono interrompere la pratica dell'affidamento qualora rilevino la inopportunità di proseguirla.

È opportuno che il medico di base e il medico del Ser.T, in questa cooperazione, effettuino periodicamente una valutazione congiunta dell'andamento del trattamento e della opportunità della sua prosecuzione o variazione.

CONDIVIDERE

di Anna Borrelli (Medico Ser.T Torre del Greco ASL NA 5),
Marina Di Matteo (Psicologo Ser.T Torre Annunziata ASL NA 5)

Dopo una introduzione sulla realtà della Regione Campania, segue una analisi del territorio di competenza dei Servizi Tossicodipendenze di Torre del Greco e Torre Annunziata, che abbraccia i Comuni della fascia vesuviana che vanno da S.Giorgio a Cremano a Pompei..

Segue un dettaglio sulla dimensione del fenomeno nel territorio considerato, sia per le risorse e attività Ser.T sia per i MMG.

Ampia è l'analisi della potenzialità e caratteristiche del farmaco metadone e della interferenza con altri farmaci. Il capitolo "potenzialità dei Ser.T" e il successivo "potenzialità dei MMG" analizza anche con spunti critici i livelli di attività e di integrazione.

IL PROGETTO

Nasce in questo ambito l'idea di una cartella clinica comune o una semplice scheda informativa con una sezione per ogni specialista, dove il ruolo del medico di famiglia è la stabilizzazione globale del paziente.

Idea troppo ambiziosa o troppo banale?

Arruolamento del paziente avviene o al Ser.T con successivo invio al Medico di Base o il contrario a seconda di dove si presenta per primo.

Il Medico di Base è messo in grado di riconoscere in tempi relativamente brevi un eventuale dipendenza e gli viene data una minima conoscenza sul metodo di approccio al paziente.

Il Ser.T valuta la dipendenza e la successiva terapia. Invia di volta in volta eventualmente agli specialisti necessari utilizzando una semplice scheda comune di seguito rappresentata.

Le analisi di laboratorio vengono svolte dal Ser.T e messe a disposizione dei vari specialisti (risparmio da parte del SSN) le varie terapie prescritte vanno comunicate al Medico di Base che le coordina ed eseguite al Ser.T tranne in casi particolari tipo chemioterapie etc.

Scheda clinica comune

Nome	Cognome	età
Sostanza/e di abuso		
Diagnosi infettivologica		
Diagnosi psichiatrica		
Eventuali altri specialisti		
Principali terapie effettuate in passato (es. ultimi 5 anni)		
Terapie in corso		
Analisi effettuate		
Analisi periodiche da effettuare		
Note		

Ogni specialista compila la sua parte.

Il paziente si reca nell'ambulatorio del medico con la propria scheda o essa viene inviata al MDB di volta in volta aggiornata.

Punti di forza del progetto:

- Diagnosi precoce dell'abuso
- Semplicità di accesso da parte del paziente al sistema da qualunque parte ci entri
- Migliore relazione medico-paziente da parte di tutti gli specialisti coinvolti
- Tutoraggio totale nei confronti del tossicodipendente
- Possibile coinvolgimento della famiglia facilitato dal Medico di base
- Risparmio farmaceutico, sulle prescrizioni, sulle visite e sulle analisi di laboratorio.

INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PER LE DIPENDENZE (SER.T) E MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MDMG) NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPPIACEI

di Andrea Carraro
Medico, Orio Litta (LO)

In premessa viene affrontata la realtà dell'intervento sulle dipendenze patologiche in Italia. Viene proposta una lettura interdisciplinare con un auspicio di un miglior temperamento possibile degli aspetti socio-epidemiologici con le acquisizioni medico-scientifiche, con la normazione legislativa, con l'applicazione giurisprudenziale e con i vincoli economici di fondo. Si propone la definizione di un sistema di intervento pubblico, privato sociale e profit, comprensivo dei MMG.

Preconizza la nascita di una nuova disciplina - "additologia generale" - intesa a studiare unitariamente la fenomenologia giuridica, medico-legale, medico-clinica, psico-sociale ed economico-politica delle proteiformi patologie da dipendenza e delle correlative ipotesi di intervento integrato ai fini informativi e preventivi, curativi e riabilitativi. Il fine ultimo sarà la valutazione de iure condito delle disposizioni legislative vigenti e la proposizione de iure condendo di nuove strategie di azione anche tramite bozze di progetti normativi ad hoc.

Seguono capitoli specifici di analisi:

Il sistema dei servizi per le dipendenze (Ser.T): punti di forza e punti di debolezza

Il sistema dei medici di medicina generale (MDMG): aspetti problematici

Coartazione della libertà e della volontà nella patologia da dipendenza

Tenuta delle facoltà intellettive: la capacità di intendere

Caduta della facoltà volitive: l'incapacità di volere.

La triade paziente-Ser.T-MMG e il ruolo chiave dell'amministratore di sostegno

- La recente disponibilità di un innovativo istituto civilistico quale l'*amministrazione di sostegno*, che è stato introdotto tre anni e mezzo or sono - agli inizi del 2004 - mediante la tecnica giuridica della *novellazione* nel corpus normativo sostanziale (*codice civile*) e processuale (*codice di procedura civile*) vigente nell'ordinamento giuridico italiano, potrebbe validamente coadiuvare la triade terapeutica rappresentata dal paziente, dal suo MMG e dagli operatori di riferimento del Ser.T (cui aggiungansi - nei casi fortunati - validi esponenti di un adeguato tessuto familiare). La legislazione italiana si è in questo modo venuta arricchendo di un nuovo stru-

mento, la legge 9 gennaio 2004 n. 6 (*"Introduzione nel libro primo, titolo XII, del Codice Civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno, e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del Codice Civile in materia di interdizioni e di inabilitazione nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali"*), che ha introdotto in Italia da un lato un nuovo istituto civilistico, l'*amministrazione di sostegno*, e dall'altro lato un'originale figura giuridica, l'*amministratore di sostegno*.

- Sul piano teoretico, l'introduzione di questo nuovo istituto giuridico conferma la moderna e meritoria tendenza a sviluppare strumenti legislativi duttili e malleabili, analogici e flessibili, in una parola adattabili alle specifiche e talvolta mutevoli esigenze del caso concreto (il concetto di *tayloring* della *scienza della qualità*). Viene pertanto a costituirsi in questo modo una *triade* di strumenti giuridici di *protezione* (*interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno*) disposti secondo un *gradiente decrescente di compromissione della capacità* del soggetto di *autodeterminarsi* completamente come persona, di esercitare le proprie *facoltà intellettive*, di esprimere le proprie *risorse volitive* e, in una parola, di provvedere liberamente a se stesso (ed eventualmente alla propria famiglia) in modo efficace ed efficiente.

- Non è possibile compendiare in poche righe il nuovo strumento giuridico. Si rammenta però che il **ricorso al giudice tutelare per la nomina dell'amministratore** di sostegno rientra nelle *facoltà* del *paziente* stesso (il potenziale *beneficiario* dell'istituto giuridico), del suo *coniuge* o del suo *convivente*, dei suoi *parenti* (entro il quarto grado civilistico) e/o dei suoi *affini* (ossia i *parenti del coniuge*, entro il secondo grado civilistico) e di altri soggetti a ciò legittimati (tutore, curatore, pubblico ministero) ma assume connotati di **atto dovuto** (con i conseguenti *rischi penali e civili* in caso di *condotta omissiva*) per *"i responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno..."* (cfr. articolo 406, comma 3 del codice civile)". Alternativamente è possibile **"fornirne comunque notizia al pubblico ministero"**.

- *Quale può essere il ruolo del MMG in questo scenario?*

La risposta può risiedere nell'opportunità di tenere in debito conto la disponibilità di questa *risorsa giuridica* nell'ambito progettuale di *collaborazione integrata Ser.T-MMG*. Uno spunto interessante può rinvenirsi a pag. 35 della referenza bibliografica 004, che giova riportare integralmente: *"Esiste da ultimo un medico che, seppur non incardinato in ambito ospedaliero o all'interno dei servizi di salute mentale (per estensione: o dei servizi per le dipendenze, N.d.A.), riveste un ruolo particolarmente importante. Si tratta del medico di medicina generale (cioè il cosiddetto medico di base o medico di famiglia). La legge (6/2004, N.d.A.) non indica alcun specifico dovere in capo a questo soggetto, tuttavia questo medico entrando in rapporto con i pazienti sul territorio può venire a conoscenza di situazioni di serio pregiudizio. Sarebbe particolarmente opportuno che il medico in questi casi segnalasse almeno il problema o ai servizi sociali o ai servizi sanitari affinché gli stessi si attivino, senza escludere, in linea teorica, una diretta segnalazione al pubblico ministero"*.

Valutazione dell'effettività clinica, economica e sociale dell'interazione Ser.T-MMG

- Sulla base di tutte le considerazioni esposte nei paragrafi precedenti e radunando altresì l'insieme dei suggerimenti e dei contributi provenienti da tutti i concorrenti a codesto III° Premio Nazionale FeDerSerD, dovrebbe essere abbastanza agevole procedere alla stesura di un articolato progetto di *collaborazione integrata Ser.T-MMG nel campo delle dipendenze patologiche*. La sua implementazione potrà avvenire in *single realtà* che possano fungere da *centri pilota* e successivamente a livello di *ASL provinciali* o a livello di *amministrazione regionale*. E' comunque necessario esercitare un grande sforzo edificatorio, qualità sempre più rara e preziosa nella realtà contemporanea.

- La complessa realizzazione del progetto di *collaborazione integrata Ser.T-MMG nel campo delle dipendenze patologiche* dovrà prefiggersi di adottare protocolli di *GCL (Good Clinical Practice, ossia buona pratica clinica)* nonché dotarsi di un *sistema di gestione per la qualità* sotto la supervisione di un *accreditato ente di certificazione*. La moderna scienza della qualità prevede (a partire dalla Vision 2000) non solo il *tayloring (principio-guida che abbiamo visto ispirare il nuovo istituto dell'amministrazione di sostegno* ma che dovrebbe permeare anche tutte le fasi di implementazione del progetto di *collaborazione integrata Ser.T-MMG nel campo delle dipendenze patologiche*) ma anche l'utilizzo di *benchmark, ossia standard di eccellenza qualitativa* che possano fungere da *parametratura di riferimento per misurare obiettivamente il miglioramento continuo del sistema collaborativo integrato*.

- Gli standard aurei dovranno permettere utili *raffronti diacronici* (tra un prima e un dopo l'adozione del *sistema collaborativo integrato*) nonché *sincronici* (tra realtà diverse che abbiano adottato differenti tipologie di *sistemi collaborativi integrati*). Dovranno in ogni caso potersi valutare in termini oggettivi i vantaggi differenziali com-

portati dall'intervento dei *medici di medicina generale* e, se possibile, anche dall'intervento degli *amministratori di sostegno*. Andranno indagate le ricadute auspicabilmente positive di tali interventi sulle *condizioni cliniche* dei pazienti affetti da patologia da dipendenza, sul loro *reinserimento sociale* e sulle *ricadute economiche* per i diretti interessati (per così dire: *danni cessanti e lucri ri-emergenti*, ossia un contenimento sino all'eradicazione dei vari tipi di dannosità e una ripresa della capacità di lavoro e di guadagno) e per la generalità dei consociati.

- L'auspicio è che questi *spunti di riflessione* vengano recepiti, verificati, commentati e criticati e - se sussisteranno valide premesse razionali - ulteriormente promossi mediante l'organizzazione di *Centri di ricerca* e/o la promozione di *Gruppi di studio* a carattere inter-disciplinare e trans-disciplinare, consci dell'emergenza sociale viepiù ingravescente della problematica della *patologia da dipendenze* e quindi nell'interesse precipuo sia dei singoli *pazienti* (e delle loro *famiglie*) che della *collettività nazionale*.

Evidenze rilevanti, proposte operative, aspetti problematici, linee evolutive

- Sarebbe inoltre auspicabile la realizzazione di indagini di *ricerca clinica* e di *ricerca sociale* su queste tematiche. La *ricerca clinica* potrebbe dimostrare che l'intervento del *medico di famiglia* e/o l'applicazione dell'*amministrazione di sostegno* ad un insieme di pazienti affetti da *patologia da dipendenza* comporta una prognosi globale (medica, psicologica, sociale ed economica) a lungo termine (*follow-up*) migliore rispetto ad uno o più gruppi di controllo. La *ricerca sociale* potrebbe rivolgersi a molteplici destinatari (*Ordini Professionali dei Medici, degli Psicologi, degli Avvocati; Dipartimenti delle Dipendenze; Comunità Terapeutiche; istituzioni penitenziarie; istituzioni giurisdizionali; associazioni di volontariato, ecc.*) per raccogliere informazioni e suggerimenti mediante sondaggi, questionari e sollecitazione di contributi aperti.

- Occorrerebbe altresì istituire un *registro nazionale* nel quale tutti (o quanto meno un campione rappresentativo de-) i casi di applicazione in concreto degli *anzidetti interventi di sostegno e istituti di protezione* vengano fatti confluire sotto forma di descrizioni cliniche e giuridiche standardizzate, anonimizzate e informatizzate. La *standardizzazione* presuppone l'elaborazione di una serie prestabilita di *parametri* e di *indicatori* - tenendo sempre debitamente presente la raccomandazione occamiana *"Entia non sunt multiplicanda sine necessitate"* - che permettano di cogliere l'essenza delle singole esperienze medico-giuridiche e l'appropriatezza di applicazione dei singoli istituti.

- Solo maturando la consapevolezza e cercando di contrastare a livello sociologico il *tramonto della volontà* sarà possibile evitare il ripetersi di innumerevoli errori della *legiferazione* degli ultimi decenni (il cosiddetto *furor nomoclasticus*), laddove radicali *riforme abrogative o innovative ispirate ai più nobili propositi ma sganciate dal principio di realtà* sono andate incontro ad una per-

versa eterogenesi delle loro finalità, introducendo *aspetti* indotti a volte perlomeno altrettanto problematici e/o ignobili quanto gli aspetti che si proponevano di rimuovere.

- In estrema sintesi: se si ammette che uno dei denominatori delle varie forme di *patologia da dipendenza* è dato dalla *compromissione della volontà* a livello tale da costituire incapacità di volere, può scattare un *presup-*

posto legale per chiedere - di norma con *l'intervento del MMG e col consenso dell'interessato* - un *procedimento di volontaria giurisdizione* al fine di ottenere un *atto di nomina di un amministratore di sostegno*, si tratti di un *familiare* o anche di una *persona estranea* al paziente stesso, che correttamente operando può aumentarne le *chances di restitutio ad integrum delle facoltà volitive e di intervalli liberi da qualsiasi recidiva*.

Bibliografia: amministrazione di sostegno, interdizione e inabilitazione (monografie recenti)

Autorino Stanzone G, Zambiano V (a cura di-)

Amministrazione di sostegno. Commento alla legge 9 gennaio 2004, n. 6. IPSOA Wolters Kluwer Italia ed., Milano (2004).

Convegno promosso da EGIDA a Ciriè il 17 maggio 2003, Soggetti deboli: tutela, curatela, amministrazione di sostegno. EGIDA - Associazione Tutori Professionisti, SARNUB, Torino (2004).

CSM - Ufficio Formazione Magistrati presso la Corte d'Appello di Torino, Misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia: Amministrazione di sostegno, Curatela e Tutela. GIDA - Associazione Tutori Professionisti, SARNUB, Torino (2004).

Regione Piemonte - Direzione Politiche Sociali, Amministrazione di sostegno. Riflessioni per la famiglia e gli operatori sociali e sanitari sulla legge n. 6 del 9 gennaio 2004. EGIDA - Associazione Tutori Professionisti, Torino (2005).

Ferrando G (a cura di-), L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli. Giuffrè Editore, Milano (2005).

Maravita L (a cura di-), Amministrazione di sostegno. Fondazione Luigi Moneta - Vita e Pensiero, Milano (2005).

Napoli EV (a cura di-), Gli incapaci maggiorenni. Dall'interdizione all'amministrazione di sostegno. Giuffrè Editore, Milano (2005).

Patti S (a cura di-), L'amministrazione di sostegno. Giuffrè Editore, Milano (2005).

Baccarani P., L'amministratore di sostegno. Giuffrè Editore, Milano (2006).

Bonavolontà LM, Formulario dell'amministrazione di sostegno delle persone prive, in tutto o in parte, di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana. Potestà. Tutela e curatele. Giuffrè Editore, Milano (2004).

Bonilini G, Chizzini A, L'amministrazione di sostegno. Seconda edizione aggiornata e ampliata. CEDAM, Padova (2007).

Bortoluzzi A, L'amministrazione di sostegno. Applicazioni pratiche e giurisprudenza. UTET Giuridica, Torino (2005).

Calò E, Amministrazione di sostegno - legge 9 gennaio 2004, n. 6. Giuffrè Editore, Milano (2004).

Cassano G, L'amministrazione di sostegno. Questioni sostanziali e processuali nell'analisi della giurisprudenza. Controversie Et Soluzioni, Halley Editrice, Macerata (2006).

Dossetti M, Moretti M, Moretti C, L'amministrazione di sostegno e la nuova disciplina dell'interdizione e dell'inabilitazione. Legge 9 gennaio 2004, n. 6. IPSOA Wolters Kluwer Italia ed., Milano (2004).

Fortini F, Amministrazione di sostegno, interdizione e inabilitazione. G. Giappichelli Editore, Torino (2007).

Pini M, Amministrazione di sostegno e interdizione. La riforma del sistema di protezione delle persone prive di autonomia. Il Sole 24 Ore SpA, Milano (2004).

Sassano F, La tutela dell'incapace e l'amministrazione di sostegno. Legge 9 gennaio 2004, n. 6. Guida operativa all'applicazione del nuovo istituto con formulario e giurisprudenza. Maggioli Editore, Rimini (2004).

Alcune altre opere di rilevante interesse:

Fornari U, Trattato di psichiatria forense. Terza edizione, UTET, Torino (2004).

Tramontano L, Capacità di intendere e di volere del soggetto agente. Percorso ermeneutico tra dato normativo, dottrina e scienza psichiatrica alla luce della sentenza della Cassazione n. 9163/2005. Professionisti / Halley Editrice, Macerata (2006).

Cibin M, Mazzi M, Rampazzo L, Serpelloni G (a cura di-), L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Pubblicazione no-profit, Grafiche Leardini, città n.p. (2001).

COSTRUZIONE DI UNA SINERGIA SER.T - MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LA CURA DI GIOVANI EROINOMANI IN UN COMUNE DELL'HINTERLAND MILANESE

di Giovanni Strepparola - *Dirigente medico, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 Melegnano MI,*
e Giuseppe Cavenago - *Medico di Medicina Generale ASL Milano 2 Melegnano MI*

Premessa

L'ASL provincia di Milano Due si estende a sud-est del capoluogo provinciale, su un vasto territorio che si estende dai comuni più prossimi alla metropoli, fino ai confini con la provincia di Bergamo, Lodi e Pavia. In questa area operano tre U.O. SerT strutturalmente e gerarchicamente facenti parte del Servizio Territoriale delle Dipendenze dell'ASL MI Due; una di queste sedi, quella di Gorgonzola, ha la competenza di intervento sulla parte più a nord-est del territorio dell'ASL, che comprende sia comuni assai noti anche a livello nazionale per la formidabile presenza industriale e di terziario avanzato, quali Segrate, Pioltello, Vimodrone, sia borghi rurali della provincia, a ridosso dei suoi confini. Negli ultimi anni, uno di questi ultimi comuni, composto da due nuclei abitati posti a pochi chilometri di distanza tra loro, ha fatto registrare presso il Servizio di Gorgonzola un forte aumento dell'incidenza di pazienti in trattamento per disturbi da uso di oppiacei (quale sostanza primaria che ne giustificava la presa in carico), fatto del tutto inatteso ed inconsueto se confrontato con quanto accaduto fino a quel momento nel corso del tempo. A ulteriore conferma di quanto osservato in modo naïve, la mappatura territoriale dell'utenza in trattamento, eseguita in collaborazione con il CNR di Pisa e contenuta nel VII Rapporto dell'Osservatorio Territoriale Droghe e Tossicodipendenze, dimostra appunto un'alta prevalenza dei soggetti provenienti da questo Comune, sia nella mappatura delle prevalenze osservate standardizzate (che risulta addirittura una delle più alte di tutta l'ASL), sia nella mappatura delle probabilità a posteriori, in cui si situa tra i comuni con prevalenza stimata tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area (anno 2005). Da un punto di vista invece più strettamente clinico, va segnalato che il quadro è quasi costantemente complicato dalla presenza di un poliabuso che coinvolge sempre la cocaina (spesso la prima sostanza assunta), e a volte l'alcool e altre sostanze (MDMA, inalanti, ecc.) e dall'uso dell'oppiaceo per via inalatoria ("eroina fumata") ed è inoltre caratterizzato dalla giovane età dei soggetti (intorno ai venti anni, ma anche minorenni) e dalla presenza quasi costante di un legame amicale o di conoscenza tra di loro.

Il delinearsi di una soglia di attenzione

Viste le premesse, il Servizio ha cercato di elaborare i diversi stimoli sopra descritti in un vero e proprio evento da porre all'attenzione della dirigenza e ne ha iniziato la discussione al suo interno, verificando, anche con la collaborazione dei pazienti stessi, le motivazioni e proponendo le possibili strategie di intervento, oltre alla ovvia mera attuazione dei programmi individuali di cura.

Per quanto riguarda gli aspetti descrittivi del problema, è stata da molti sottolineata l'importanza della contiguità geografica con un Comune dell'ASL in cui la presenza sensibile del fenomeno datava già dagli anni '70, con una popolazione in cura al SerT che ha nel tempo assunto la nota definizione, banale ma fortemente descrittiva, di "storici".

Un secondo aspetto, non meno importante, ha a che fare con gli aspetti strategici del nuovo mercato delle sostanze psico-attive: la forte presenza in questa zona di spacciatori che applicano prezzi particolarmente vantaggiosi rispetto a quelli praticati nelle aree urbane o nei comuni prossimi alla presenza di vie di comunicazione con la città (stazioni della Metropolitana Milanese, ad esempio): in particolare, i pazienti riferiscono prezzi per la cocaina al dettaglio anche del 50-60% inferiori se la sostanza è acquistata nei pressi del paese. Sarebbe quasi trattarsi di una vera e propria politica di conquista di nuovi mercati: in questo caso, non sarebbe sorprendente attendersi in un futuro prossimo il coinvolgimento di altre aree rurali circoscrive.

Successivamente alla presa d'atto dell'attenzione e alla definizione dei termini del fenomeno, si è cercato di individuare una strategia di intervento che tenesse più significativamente conto del livello territoriale rispetto a quanto fatto fino a quel momento; infatti, pareva del tutto evidente che la provenienza di questi soggetti dal paese e dalla sua frazione, rendesse necessario un intervento che non prescindesse dal territorio.

Gli interlocutori individuati sono il Servizio Sociale del Comune e i medici di medicina generale (MMG) che operano nel comune stesso.

La costruzione di una sinergia

Il vantaggio di muoversi soprattutto nella seconda di

queste direzioni, cioè la collaborazione con i MMG, era reso ancora più evidente anche dalla presenza di un gruppo di colleghi molto collaboranti proprio su questo territorio comunale, che oltretutto per quanto previsto dalla loro convenzione gestiscono pazienti sia del capoluogo che della frazione; si tratta di colleghi fortemente radicati nella comunità che esprimono un valore nel rapporto medico-paziente tradizionalmente caratterizzato da un alto livello di fiducia e confidenza tra cittadini e curanti.

Tra il Ser.T ed uno di questi MMG, autore del presente progetto, si è dapprima sviluppata una strategia scaturita da problematiche cliniche legate ai singoli casi, che ha però dato avvio ad un pensiero critico e di elaborazione che è andato oltre alla gestione del paziente, orientandosi alla comprensione, alla prevenzione ed alla elaborazione di un progetto strategico nell'ottica della massima condivisione e dell'intervento coordinato.

Il progetto si articola pertanto nelle seguenti fasi:

1. Coinvolgimento strategico e gestionale dei servizi sociali comunali e assessorato:

- a. incontri periodici tra un rappresentante del Ser.T, uno dei MMG il referente per i servizi sociali comunali e l'assessore ai servizi sociali del comune;
- b. stimolo di una politica amministrativa che tenga conto della necessità di risorse spendibili a favore degli interventi di prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti additivi;
- c. promozione di iniziative di sensibilizzazione, di informazione e di difesa della qualità della vita da organizzare a beneficio della comunità dei cittadini.

2. Creazione di un tavolo coordinato Ser.T-MMG per favorire:

- a. incontri periodici tra i MMG, i medici e gli psicologi del Ser.T per la definizione delle strategie e l'aggiornamento dell'evolversi del fenomeno;
- b. la gestione coordinata dei casi clinici, che comprenda un confronto in fase di "presa in carico" sugli esami strumentali e di laboratorio (onde evitare la duplicazione delle indagini diagnostiche ed inutili sprechi di risorse);
- c. l'analisi delle caratteristiche epidemiologiche del

fenomeno e degli aspetti peculiari associati nel territorio in questione, con gruppi di studio per il loro approfondimento;

d. lo studio e la ricerca a partire dai casi e da quanto osservato, con eventuale condivisione presso la comunità scientifica dei due settori (pubblicazioni e partecipazione a congressi)

e. l'organizzazione degli eventi pubblici di cui al punto 1.c.

3. Lavoro clinico comune con l'obiettivo della massima condivisione e coinvolgimento:

- a. comunicazione (previa autorizzazione da parte del paziente) al MMG al momento della presa in carico;
- b. coinvolgimento diretto all'interno delle équipes o di mini-équipes di trattamento del MMG curante del soggetto;
- c. definizione di un programma di trattamento condiviso;
- d. collaborazione nella gestione del trattamento farmacologico sostitutivo e non, supporto del Ser.T al MMG nel caso che quest'ultimo decida per la prescrizione del sostitutivo, pianificazione condivisa delle indagini tossicologiche;
- e. eventuale messa in campo di ulteriori risorse: aziende ospedaliere, consultorio pediatrico, ginecologico e adolescenti, gruppi di auto-aiuto e strutture del privato sociale, ecc.
- f. coinvolgimento dei servizi sociali comunali;

4. Creazione di un asse di care management Comune-MMG-Servizio-ASL per:

- a. la comunicazione reciproca immediata di eventi sentinella e di lettura del fenomeno caratterizzate da un livello di allarme, anche grazie alle risorse del progetto Regionale MDMA - Sistema di Allarme rapido,
- b. facilitazione strategica della rete sociale e sanitaria: protocolli e collaborazioni con aziende ospedaliere, consultorio pediatrico, ginecologico e adolescenti, gruppi di auto-aiuto e strutture del privato sociale, ecc.;
- c. lettura critica del fenomeno e azioni strategiche di contrasto, azione di verifica periodica del progetto e di miglioramento continuo della qualità delle sue azioni; analisi costi e benefici.

PROGETTO TRA IL SER.T DI PESCARA E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: PENSIERI ESPRESSI DA PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI DA EROINA

a cura di **Nadia Della Torre**
Medico, SerT ASL Pescara

Nell’infinito teatro del reale, il dramma della tossicodipendenza viene rappresentato in molteplici allestimenti sui vari palcoscenici che si rendono disponibili: in prevalenza ad esibirsi sono, con vari gradi di successo, attori non protagonisti.

Comparse, caratteristi, registi, sceneggiatori, macchinisti, capocomici, scenografi, costumisti... chiunque abbia nel presente o ricordi nel passato una vicinanza con la tossicodipendenza si dà un gran da fare, ognuno secondo la propria competenza o sorretti da una inarrivabile incompetenza, per raccontare al pubblico “famelico” tutto ciò che sa, o suppone di sapere, sugli intrecci e le vicende che muovono continuamente e frequentemente modificano i copioni che raccontano le vicende di coloro che della tossicodipendenza dolorosamente conoscono il dramma e l’odore, il sapore, l’angoscia e lo smarrimento, solo a volte la ripresa, lo slancio, il coraggio, il ritorno.

Ma i protagonisti, alla fine, non ci sono! Hanno forse smarrito le strade che portano alla ribalta? Hanno confuso le loro individualità perché erroneamente inglobati in un ruolo di eterni assenti, di vuoti fantasmi senza volto? Non è così! I protagonisti ci sono! Sono tutti quegli uomini e quelle donne le cui storie e le cui patologie (schematizzate, analizzate e dissezionate nei recessi più profondi) vengono narrate senza che quasi mai essi abbiano l’assegnazione di un qualche ruolo che li renda idonei a salire sul palcoscenico della rappresentazione della loro realtà.

Essi sono “Personaggi” in cerca non di Autori (ognuno di loro è in grado di rappresentare autonomamente la propria vicenda) e nemmeno di copioni (singolarmente hanno decine di storie da raccontare), ma solo di VOCE: ecco l’esigenza di persone che con reazioni e sentimenti diversi attraversano le scene della vita portando nel corpo e nella mente le stigmate autoinflitte, ma non per questo meno dolorose, della dipendenza da eroina.

Lasciamo allora che a calcare le assi siano gli Attori protagonisti, quei personaggi contemporaneamente e defilati e in primo piano ai quali manca solo una voce per poter iniziare a raccontare se stessi.

Il palcoscenico è nudo e i Personaggi ora vogliono che la loro voce sia ascoltata: Scimmia, Bradipo, Cuore d’oro, Jessica, Topo... aspettano che i loro impresari (forse noi Operatori dei Ser.T?) sappiano “inserirli” nella sfera dell’Arte del reale, trovando il modo di far loro descrivere le storie che hanno vissuto e di far risaltare sulla scena

i loro drammi (e le loro gioie), troppe volte inespressi. E’ bastato dare voce ai protagonisti ed essi, con penne dai toni-colori per lo più sommessi, hanno vergato copioni più o meno brevi, più o meno semplici, più o meno formalmente scorretti (i “meno” devono restare tali per essere definiti integri!), tutti naturalmente lineari realistici e sinceri.

Così ciascun Personaggio, a volte con pochissime parole, racconta a proprio modo se stesso, spinto da sollecitazioni diverse, da una differente angolazione, con l’attenzione in genere rivolta solo ai propri casi e con una sorta o di pietà o di rabbia per le esperienze vissute.

Ciascuno di quelli che si è “manifestato” - con insospettata ed inattesa gioia, molti sorrisi e quasi riconoscenza - ha proposto una rivisitazione storica amara e dolorosa fatta di miserie, fantasie, menzogne, desideri, abbandoni, prospettive, squallori, riscatti, fallimenti, entusiasmi, tradimenti.

Si viene a sapere che l’iniziale, unica spettatrice ha percepito il proprio cuore battere nel vivere le emozioni che gli ricadevano sulla pelle come una fresca pioggia dopo un caldo torrido. Si è sentita parte viva di quegli attori, elemento a volte quasi essenziale dei loro percorsi, guida non inaccettata ma invece simbiotica, complice in una lotta contro un comune nemico, a volte addirittura amata!

E il luogo dove tante e tante ore trascorre a lavorare, da allora gli è sembrato più accogliente e pieno di nuovi profumi, più bello da raggiungere ogni mattina.

La stupita spettatrice ha rivissuto la sua storia e ha metabolizzato successi ed insuccessi, crisi e rinascite, simpatie e malumori, aggressioni e abbracci: la riflessione conclusiva è stata che ogni gesto, negli anni in cui si vive da Operatore in un Ser.T, acquisterà forza e significato nel tempo. Il presente, in un luogo ove si curano menti che soffrono nascosti in corpi spesso malati, è lungo e finisce nel futuro, quando la maturità raggiunta da chi chiede aiuto e da chi dovrebbe darlo permette più pacate valutazioni da entrambi i fronti in alleanza di intenti.

La platea ora si ingrandisce e credo che le emozioni si spalmino anche sugli altri spettatori e, insieme, ricorderemo che sul palco della nostra quotidianità si muovono non un volto, una storia, un’emozione ma mille volti, mille storie, mille emozioni: tutti diversi, tutti degni di attenzione e di rispetto.

L'esistenza è più forte delle sue rappresentazioni teatrali e alla fine riassorbe i Personaggi, che riprendono altra vita dopo aver avuto almeno un minuto di palcoscenico: la dolorosa vicenda che li accomuna, forse, da quel momento è un poco più tollerabile.

Per il Ser.T di Pescara

In tutta Italia ci sono tante persone che usano eroina e anche a Pescara molti ragazzi e pure grandi che se la fanno. Ce chi ha la nominata però io vedo che tanta gente "perbene" se la compra invece tutti credono che solo chi viene al Ser.T se la fa. Io sono nato in un quartiere pieno di tossici pure i miei erano tossici (mio padre di più e stava sempre dentro eppure ha fatto altri figli adottati con due donne diverse meno io che sono stato con la nonna paterna) e io ho cominciato presto a farmela, prima col fumo poi a bucarmi verso i 17 anni. Sono venuto al Ser.T quando già mi ero preso l'epatite per farmela curare perché all'ospedale non mi voleva ricoverare troppo tempo perché ero pure tossico. Con chi lavora al Ser.T all'inizio non mi sono trovato per diversi anni perché dicevano sempre che se continuavo a fare l'eroina non capivano perché ci andavo (gli ho detto che i dottori che dovevano capire erano loro) e che dovevo smettere perché avevo pure la malattia. Io non volevo alzare il metadone perché dopo quando mi facevo sprecavo i soldi e non mi piaceva però dicevo che era per un altro motivo cioè che il metadone alto mi faceva dormire e mi faceva fare le figuracce con le ragazze. Dopo il passare del tempo ho capito però che la dottoressa aveva ragione perché stavo sempre pure in galera e stavo a fare la fine di mio padre sempre dentro. Quando sono uscito l'ultima volta dal carcere dove pure mi stavo a fare ho detto che volevo alzare la terapia e che volevo fare i colloqui che mi avevano detto tante volte per fare poi tutte le morfinurie che mi chiedono le infermiere e che ho tutti rossi dei rifiuti di farlo e sembro Cassano del Ser.T di Pescara. Ora prendo il metadone alto 150 e da diversi mesi non uso l'eroina ma non ci credo che sono uscito per sempre fuori dalla storia perché quando la vedo in giro o chi se la fa mi sento ancora che ho la voglia anche se ora resisto e allora mi ha detto la dottoressa che dobbiamo ancora rialzare il metadone e che questo mi aiuta a pensarci meno a rimbucarmi e io ora ci sto pensando perché voglio provare a riuscire con 150 senza alzare di più che penso anche che al fegato può fare un'intossicazione prendere tanto metadone. La dottoressa dice che aspetta e intanto ci faccio i colloqui per parlare delle cose mie private di mio padre e della convivente che non ci vado d'accordo perché mi controlla e vuole fare la mia mamma e poi esce tutta acchittata la sera e torna alle 5 o alle 6 e mio padre dorme o fa finta. Ho pure lasciato una ragazza che ci stavo ma quella era malata di nervoso e stava sempre agitata e mi faceva venire l'agitazione anche a me e faceva a botte con tutte le ragazze perché si credeva che mi guardavano perché erano state con me

per scopare. Ora faccio un bel lavoretto in nero e guadagno qualche soldo e me lo metto pure un poco da parte casomai lo perdo e vivo con mio padre ma sto sempre chiuso in camera mia per non veder la faccia della sua convivente e per non sentire quando mi fa la mamma che ha me già mi è bastato la mia che non so nemmeno se è ancora viva. Se riesco a smettere proprio molto e se continuo questo lavoretto che mi sto imparando vorrei che la dottoressa mi faccia andare dal medico, mi sento più normale e mi sembra che non ho più bisogno di andare ogni giorno al Ser.T anche se poi ci devo andare per parlare con la mia dottoressa e per fare le morfinurie con le infermiere anche se mi vergogno quando mi guardano e ci metto 1 ora per farlo quando proprio mi esce che bevo tanto. Questo proprio lo devo dire che se si può avere un infermiere maschio è meglio perché io mi vergogno a farmi vedere da una femmina anche se la dottoressa mi dice che quella non sta mica a pensare al mio pisello e che quello è il suo lavoro ma a me mi dispiace pure per lei che deve fare il lavoro di guardare a noi che facciamo l'esame davanti anche se di spalle. Ma se vado al Ser.T per queste cose è diverso che se vado ogni giorno a bere perché mi sembra che tutti mi guardano come un tossico quando scendo o salgo o vado al bar. Io sono ancora giovane ma credo che ho fatto la vita di un povero vecchio e vorrei trovarmi una ragazza normale perché non sono nemmeno brutto ma dovrei fare qualcosa per queste braccia che devo portare sempre le maniche lunghe pure quando a Pescara si soffoca e al Dottoressa ha detto che devo fare la visita al chirurgo che mi dice se ce speranza che le cicatrici spariscono.

Io voglio bene al Ser.T e alla dottoressa che non dico il nome ma lei sa chi è perché se legge questa pagina io mi vergogno e quando la vedo che va in giro per la città a spasso con una bella ragazza che deve essere la figlia penso che potevo essere pure io suo figlio e che ora forse starei bene ma non so se l'età è giusta per essere il figlio. Chiedo scusa perché sono sicuro ci sono molti errori perché sono andato poco a scuola anche se andavo bene perciò ho preferito scrivere al computer che da quando lo comprato mi ci passo il tempo e pure imparo qualcosa e vedo tante cose e lo comprato io in offerta coi soldi del lavoretto in nero perché per mangiare e per vestire spendo poco. Tante grazie a tutti e alla mia Dottoressa che spero mi manda dal medico come ha fatto con tanti altri ragazzi che forse erano casi meno disperati di me e avevano una famiglia più bella e decente che io non ce lo. Spero anche che da quello che ho scritto non si capisce chi sono perché io voglio parlare delle cose mie private solo con la mia Dottoressa come ho fatto fino a oggi e agli altri dico cose diverse dalla verità perché non voglio che la sanno e per questo non metto la firma a questo foglio.

^^^

La mia storia di tossicodipendente è iniziata 5-6 anni fa per gioco fumandola ogni tanto poi piano piano sono arrivato ad usarla tutti i giorni fino ad arrivare al buco

senza quasi rendermene conto.

Non sapendo minimamente alle conseguenze che mi avrebbe portato, del tipo perdere il lavoro, gli amici, uscire la notte per fare soldi sporchi.

Poi ho deciso di venire al Ser.T però dicendomi di non prendere più le terapie perché erano pieni, ho deciso di fare tramite il medico curante e pare che stia andando tutto bene. I primi giorni che sono venuto al Ser.T ho dovuto aspettare quasi tre settimane per la terapia e mi ero quasi stufato.

Poi invece quando è arrivato tutti i risultati ecc. ho visto che tutte le persone qui dentro (che lavorano qui) mi sono molto vicine chiedendomi come va tutto bene, e ne sono molto fiero.

Io cercherò di mettercela tutta per uscire da questo tunnel. Quando vivevo a Moscufo eravamo tutti amici e come fratelli senza eroina di mezzo. Ci divertivamo diversamente uscendo, andando a ballare il sabato sera. Lavoravamo quasi tutti. Quando un bel giorno è arrivata "eroina" pian piano e finito tutti i nostri divertimenti, ci siamo tutti distaccati perché chi non faceva uso non voleva stare con noi. E sono rimasto solo con pochi amici. Poi anche mia madre è venuta a scoprire che facevo uso e anche lei è molto cambiata nei miei confronti, anche se vuole a tutti i costi che ne esco e torno come ero prima, molto unito in famiglia e lavoratore, con tanti amici seri come prima. S.D.

^^^

Ho iniziato la mia tossicodipendenza per curiosità e perché la roba ce l'avevo in casa in quanto mio padre, brava persona, spacciava e vedevo l'andirivieni di tossicodipendenti e un giorno mi sono chiesta perché erano così attratti dalla sostanza, così ho cominciato e ho capito il perché. Poi chiaramente ho iniziato anche la carriera di "galeotta". Scippi, furti, rapine, prostituzione.

Alla fine mi sono decisa a venire al Ser.T. A quei tempi era molto difficile che ti mettessero in terapia però, tra terapie concluse e quelle no sono ancora qui che posso scrivere di me, anche se quando ero in comunità ho scritto un intero quaderno sulla mia vita che sembra proprio un libro. Ho due figli che amo, ma che non sono riusciti neanche loro a farmi smettere. Con la piccola ho un buon rapporto, ma con il grande no perché si è stancato a vedermi uscire ed entrare dal carcere. Ho perso quindi anche la famiglia.

Rispetto alla struttura credo e spero di avere un buon rapporto, ho la dott.ssa Della Torre che si occupa di me ed è molto attenta alle mie problematiche e dice sempre anche davanti agli altri pazienti e ai suoi colleghi che deve ammettere che ha una simpatia particolare per me da quando mi ha vista la prima volta e che non ci può fare nulla. Io non lo dico ma sono orgogliosa di questo e una volta che si era diffusa la notizia tra tossici che mi ero suicidata mentre stavo ricoverata, lei mi ha detto che si è messa a piangere e non riusciva a smettere e pensava che avrebbe dovuto dirmi tante cose ancora. Non so se ora quelle cose me le ha dette o se le tiene per se e si

vergogna di dirlo.

F.S.

^^^

Io sono figlio unico di genitori separati, dall'età di sei anni andai a vivere con mia madre e mia nonna materna. Continuai a vedere mio padre per circa un anno ma poi egli smise di continuare il nostro rapporto e dall'età di 17 anni non lo vidi più. Tutt'ora continuo a non frequentarlo. Nel 2003 mia nonna morì. Ora vivo con mia madre e il suo attuale marito.

Conobbi la droga all'età di 15 anni. Iniziai dalle canne e/o con tutte le altre droghe, ultima l'eroina e la cocaina. Iniziai a farmi a 17 anni poi dopo due anni smisi con l'eroina e presi il subutex per circa quattro anni. Nel 2005 smisi anche con il Subutex, passai circa sei mesi senza assumere droghe ma a causa di "cattive amicizie" tornai sulla "cattiva strada". Mia madre non sa nulla di tutto questo per mia precisa volontà, così come la mia compagna, con la quale sto insieme da tre anni e mezzo.

Ho sempre saputo del Ser.T ma non avevo mai preso seriamente coscienza del mio problema per cui non credevo di aver bisogno di questo tipo di aiuto, ma dovetti ricredermi perché vidi che a nulla servivano i miei tentativi di uscire dal tunnel.

Del vero Ser.T conoscevo ben poco. Non pensavo prima di chiedere loro di aiutarmi, che si sarebbero presi cura di me e del mio problema con la serietà e l'efficienza dimostratami in questi mesi. Ho poi instaurato un rapporto bellissimo con la mia psicologa, che ritengo un'eccellente professionista, come anche la mia dottoressa che si interessa tanto a me e mi fa sentire importante, e non soltanto "un malato".

L'unica cosa che mi crea grandi problemi è il fatto di dover andare tutte le mattine al Ser.T per prendere la terapia e ciò mi impedisce di viaggiare, non potendo quindi frequentare la mia ragazza, palermitana, e non mi dà la libertà di cui ho bisogno, anche per poter cercare un lavoro migliore di quello attuale, cioè il volantaggio. Con il medico di base invece risolverei tutti i miei problemi. L.M.

^^^

Mi chiamo Michele,

ho 40 anni e mi sono bucato per la prima volta a 14 anni e la mia vita è sempre stata coinvolta con la droga (carcere e comunità), anche avendo un figlio di 18 anni e una convivente da 21 anni anche lei dalla mia conoscenza nel mondo "droga". Ho detto queste quattro righe per far capire su per giù la mia foto.

Adesso sono quattro anni che sono con il metadone a mantenimento dal medico curante, sempre sotto la guida della dottoressa Della Torre del Ser.T con cui mi trovo benissimo perché mi fa sentire tranquillo specialmente all'inizio quando avrei potuto sbagliare la terapia prendendo altro, gli ho sempre potuto parlare sinceramente perché non mi ha mai abbandonato e trovato una soluzione per qualsiasi problema e mi ha sempre coinvolto anche facendomi fare i colloqui con psicologa del Ser.T e

mi aiuta affrontare adesso i problemi giornalieri che qualunque famiglia composta (figlio, moglie e io). E tutto questo grazie a il programma con il medico curante che grazie a lui adesso mi sto curando l'epatite C ed è nato un buon rapporto con tutta la famiglia.

Io mai avrei pensato di poter fare una vita normale con lavoro, avere una casa mia anche in affitto però dentro ricco d'amore per la famiglia. Sarò ripetitivo però con questa terapia mi ha dato molta sicurezza anche perché la paura più grande per me è sempre stato la paura di stare male invece con il metadone la mattina mi sento pronto per affrontare la giornata e fisicamente non mi sta dando nessun malore, per adesso vado avanti così perché ribadisco che penso se mi avrebbero dato prima questa possibilità forse adesso avrei già questa crosta per non spezzare l'uomo incerto che è in me! Come si dice niente forse è meglio però dopo 20 anni di tossicodipendenza è per me un salva vita e ringrazio tutti da i dottori (Ser.T, psicologa) e la famiglia per avermi dato la possibilità di conoscere il sapore della vita buona e star lontana da quella amara.

Spero di aver potuto farvi capire il mio rapporto con il programma con il medico curante (Ser.T Della Torre e Psicologa).

Sempre grazie (scusate gli errori).

M.L.

Vado una volta la settimana al dott. Curante "Livio Cipolletti".

Adesso una volta al mese faccio la morfinuria e colloquio con la dott. Della Torre minimo 2 volte al mese quando ho bisogno anche 4 con la psicologa del Ser.T S. Presutti.

^^^

Ho 35 anni e da circa 10, tra alti e bassi, sono in cura presso il Ser.T di Pescara assumendo quotidianamente una terapia a base di metadone cloridrato.

Da otto anni sono mamma di una bambina meravigliosa che ho cresciuto da sola a causa di un'inaspettata e difficile separazione dal padre. Questo ha comportato da parte mia un'esigenza maggiore ed immediata nell'accettare qualsiasi lavoro onesto e dignitoso che mi si presentasse al momento, considerando la totale assenza di interessamento, sia economico che affettivo, di quest'uomo verso sua figlia. Pertanto per un lungo periodo ho cercato di adattarmi alle circostanze del momento conciliando, seppur difficilmente, il ruolo di madre al lavoro dovendo, al contempo, ritagliarmi dei brevi intervalli quotidiani che mi permettessero di raggiungere la struttura ospedaliera, altresì distante dalla mia residenza, e fruire del dosaggio giornaliero di farmaco sostitutivo. Il personale medico del Ser.T e, nello specifico, la dottoressa Della Torre responsabile del mio percorso terapeutico, ha tentato più volte di venirmi incontro e, come meglio ha potuto, ha cercato di agevolarmi tenendo conto dei miei problemi familiari e lavorativi: mi ha concesso quindi l'opportunità di proseguire la cura con l'affido settimanale del metadone e cioè limitando la quotidianità delle mie visite presso la struttura pubblica ad

una sola volta alla settimana con conseguente controllo specifico delle morfinurie.

Tutto ciò è durato fino al febbraio 2006 quando la stessa dottoressa, attraverso dei colloqui mi ha portato a conoscenza di un progetto del Ser.T di Pescara: la collaborazione con i Medici Generici in tutto il territorio della provincia. Questa iniziativa si è preposta il fine di incentivare l'aiuto all'elevato numero di tossicodipendenti permettendo al Ser.T e al suo personale competente di seguire, forse, i casi più difficili con maggiore attenzione e assiduità e lasciando ai Medici di base solo il compito della somministrazione del farmaco.

Con specifiche direttive da parte del Ser.T, il dottor Lippolis, mio medico di famiglia, da allora mi avrebbe prescritto perciò il metadone da assumere ogni giorno. Con la sua ricetta sarei andata in farmacia a prelevare il farmaco e tutto questo una volta alla settimana. Da allora è passato più di un anno. Al Ser.T continuo ad andare, ma solo una o due volte al mese per i controlli periodici e i colloqui con la Dottoressa.

Mi rendo conto ora di quanto sia stato fondamentale questo cambiamento, innanzi tutto l'assidua frequentazione dei locali del Ser.T mi portava spesso ad incontrare altri tossicodipendenti, e rapportarmi a quella condizione mi risultava difficile specie se mi prefiggevo degli obiettivi sani e differenti dal passato che avevo condotto. Sebbene le mie visite al Ser.T adesso siano ridotte non mi sento affatto abbandonata dagli operatori in quanto la loro disponibilità non è mai venuta a mancare in qualsiasi momento ne abbia avuto bisogno.

Personalmente questo passaggio ha significato un'ulteriore conferma di fiducia nei miei confronti ed il mio vivere serenamente dimostra la mia gratitudine estrema. S.M.

I PRIVILEGI E CURE CHE IL SER.T MI HANNO PRESCRITTO SIA FARMACOLOGICHE CHE PSICOLOGICHE

Sono un paziente che frequento il Ser.T di Pescara da molti anni, ho avuto la fortuna di avere a che fare con del personale molto qualificato in materia ed è per questo che ho avuto un supporto notevole. Ho visto un cambio radicale in questi ultimi anni, molti cambiamenti nel modo anche di operare sino a quando si è raggiunto un modo più appropriato per le esigenze, i bisogni, le patologie che ognuno di noi tossicodipendenti ha.

Faccio uso quotidianamente di metadone cloridrato 30 ml, ma il dosaggio spesso per le mie vicende è stato un saliscendi, il metadone come è noto è comunque uno stupefacente, ma per quando io e le mie esperienze con la droga in particolare eroina è sino ad oggi l'unico farmaco che mi permette di condurre una vita normale non avendo crisi di astinenza, permettendomi di lavorare, ma soprattutto di avere un rapporto con i miei (mia moglie e mio figlio) normale e costante, coerente con una stabilità d'animo e di umore. Spesso proprio la mia insoffe-

renza credo che è stato per me la spinta nelle molteplici ricadute, oggi grazie a delle vostre valutazioni sul mio stato psicofisico mi avete permesso di affidare il metadone a mia moglie e dopo tre anni mi avete appoggiato al mio dottore di base. Per me è un grande privilegio, vengo una volta al mese per fare il controllo, spesso faccio un bilancio di tutto il periodo in cui quotidianamente venivo da Penne per prendere la terapia a Pescara: con tutta la mia volontà nell'astenermi nel fare uso bastava che scendessi lì sotto il Ser.T che si innescavano quei meccanismi di complicità. In conflitto con me stesso ogni giorno trovavo la mai schizza, come si dice nel nostro gergo, poi si rimandava tutto a domani, quel mio domani che per me era quel giorno, ma insistevo a prendermi in giro da solo.

In questi anni di terapia col metadone ho cercato di valutare tutti i sintomi e gli stati che lo stesso mi provocava. Sicuramente è una delle poche alternative che sia ai livelli sanitari che istituzionali lo Stato riconosce, pur essendo sempre uno stupefacente. Io però credo che solo con il metadone si può fare una scalaggio graduale sino alla disintossicazione totale e chi si illude di fare da solo con qualche altra sostanza è solo un illuso, mentre se ci si affida totalmente ai dottori e monitorando lo stato psicofisico è sempre secondo la mia esperienza una delle poche risposte sicure al problema della tossicodipendenza che oggi abbiamo.

Cercando di interagire con i propri dottori instaurando un rapporto di fiducia, ma soprattutto di sincerità si può uscire!

Quelli che a mio parere ho visto di fare i furbi con gli esami delle urine, bugie, sotterfugi e quant'altro non ha fatto altro che alimentare sempre più il suo problema prendendosi in giro ogni giorno di più.

Uno dei miei problemi è che vivendo in un piccolo paese c'è l'emarginazione sociale, pur cercando con tutte le mie forze di limitare i danni facendo sì di non dare modo con la mia condotta di dare ancora un'immagine negativa, di limitare i danni di non essere più alla ribalta delle cronache, ma nonostante ciò è difficilissimo sia per un'integrazione lavorativa, sociale e familiare, quando spesso gli errori dei genitori si cerca di attaccarli ai figli classificandoli ragazzi di serie B. Su questo ho dato tutto me stesso grazie al sostegno che il Ser.T mi ha dato, ma se il Ser.T potrebbe girare queste nostre difficoltà a che amministra il potere cercando di reintrodurre queste fasce svantaggiate in un mondo lavorativo è sicuramente un sostegno notevole, impegnando la giornata, sentirsi parte di un qualcosa, riacquistando fiducia in se stessi, senza spegnersi con dosi massicce di metadone. Allo scopo di annientarsi perché si arriva al punto di sentirsi soli, non amati e non considerati da nessuno.

Questa è una mia valutazione che mi piacerebbe approfondire sia con la mia dottoressa Della Torre e con il Responsabile dottor D'Egidio.

R.D.N.

^^^

Il legame tra il tossicodipendente e il Ser.T è basato per

single esperienze personali. comune c'è solo la tossicodipendenza. La premessa serve solo per distinguere le singole personalità. La mia storia personale con il Ser.T, inizia nel 1986: in tutto questo tempo sono accadute molte vicissitudini, comprese tra ingressi in comunità e ricadute con periodi in cui non ero capace di intendere e volere, ma in tutte queste occasioni ho sempre trovato l'appoggio e il sostegno psicologico e farmacologico, che in quel momento mi poteva (aiutare a vedere in me quel piccolo spiraglio che mi avrebbe potuto dare la forza di continuare a credere che un giorno io potevo "farcela". Non voglio entrare in un discorso approssimativo, anche perché non è il momento di essere ipocrita nei confronti di quel Servizio sociale quale è il Ser.T. Apro questa parentesi perché non tutti si rendono conto di non poter fare a meno del Servizio che viene dato giornalmente da tutte le persone che vi lavorano, pur parlandone male. Persone che hanno scelto liberamente di occuparsi di coloro che hanno gravi problemi interiori e un profondo disagio a vivere questa vita, resa ancora più triste dalla conoscenza di qualsiasi droga. A volte ho dato per scontato che il mio stato di tossicodipendente potesse avere un "diritto scontato", perché il tossico pensa che tutto è dovuto, pretende senza umiltà la comprensione degli altri, dimostrando, esercitando se stessi e sugli altri il proprio "egoismo" senza minimamente preoccuparsi di chi ha di fronte.

Personalmente ringrazio la dottoressa Della Torre per la disponibilità, l'umanità e la comprensione che mi ha dato, senza però dimenticarmi di tutti i suoi collaboratori che sono presi cura senza che io potessi dare qualcosa in cambio.

Detto questo vi chiederete perché una persona rimane legata per tutto questo tempo a questo Servizio! Sono sicuro che lo scopo del servizio del Ser.T non è quello di tener legato a vita una persona che ha come obiettivo principale la riabilitazione totale da dipendenza di qualsiasi sostanza. Probabilmente deluderò ancora una volta le aspettative degli altri su di me. Il mio caso personale certamente non deve essere la regola, ma dopo innumerevoli tentativi di tornare a una vita senza nessun appoggio farmacologico, posso prendere atto che il mio stesso vivere è legato alla sicurezza personale nei confronti di questo Servizio.

I benpensanti sono sicuro che metteranno in evidenza l'alternarsi della mia dipendenza prima con una sostanza, poi con un farmaco. Qualcuno si è chiesto qual è il male minore. Io vivo come il cardiopatico che ha bisogno della compressa per poter far battere il suo cuore, come colui che deve fare la dialisi per poter vivere. E come tutti coloro che ogni giorno devono "convivere" con un male, sono consapevole che la mia malattia è stata inconsciamente voluta da me stesso e ringrazio Dio di avermi dato la possibilità di accettarla senza false illusioni e vivere un "vita normale". La mia "vita normale comprende una famiglia, un lavoro, dei punti di riferimento fondamentali.

Un medico generico, lo dice la parola stessa, non può essere un ortopedico per le ossa o un cardiologo per il

cuore, un tossicodipendente perciò non può essere seguito da un medico generico.

Il problema della tossicodipendenza ha come principale caratteristica la perdita dei punti di riferimento; il Ser.T, e con questo finisco, lo è!
V.C.

^^^

Mi chiamo Cristina e ho 43 anni suonati. Dal 25 GENNAIO 1982 ho cominciato ad assumere eroina per via endovenosa, anzi diciamo che ho iniziato e continuato ad usarla sempre così. Dall'85 all'87 ho avuto i primi contatti con il Ser.T di Pescara ed allora si praticavano solo terapie a scalare a bassi dosaggi. Dal 1993, verso ottobre, sono entrata in terapia metadonica a mantenimento ed a tutt'oggi sono ancora in terapia: assumo 100 cc di metadone al giorno.

Quando iniziai il mantenimento mi ricordo che dissi subito alla Dottoressa Della Torre che mi aveva in cura e che mi ha in cura ancora oggi (fortunatamente dopo 14 anni ci siamo ancora, anche se con qualche ruga in più), che tanto prima o poi avrei senz'altro scalato perché non sarei potuta continuare a rimanere in terapia fino alla vecchiaia e lei, lungimirante, mi disse: "Perché no? Qual è il problema?..."

Io scoppiai a ridere allora, ma oggi sinceramente tutto ciò mi fa piuttosto piangere. Per più di dieci lunghissimi anni sono andata al Ser.T tutte le mattine, ogni santissima mattina, fino al 2000, alle 7.45, poiché fino ad allora ho lavorato e dopo aver assunto la terapia, correvo via in fretta al lavoro tra l'altro avendo non pochi disagi, dato che, pur possedendo allora una macchina, il più delle volte arrivavo sul posto di lavoro in ritardo, coprendo il Ser.T di Pescara un vasto bacino di utenti, oltretutto non tutti facilmente trattabili, ed essendo questo il più delle volte sotto organico e disponendo di personale non sempre efficiente, preparato, ma soprattutto motivato nello svolgimento di questo difficile compito a contatto con individui dalle nature più disparate.

Dopo di che, quando ho smesso di lavorare, poiché, più o meno da allora ho cominciato a vivere fuori Pescara, anche fino a 40 km di distanza, all'inizio dato che gli autobus che prendevo io non erano frequenti, ho cominciato a sostare il più delle volte tutta la mattina fino alle 13 o 14 circa sotto il Ser.T.

In seguito, oltre a questo, si è aggiunto il motivo che, stando lì sotto tutte le mattine sotto sole, pioggia neve o grandine, ho cominciato a conoscere gente di tutti i generi, soprattutto dei peggiori in verità e sono venuta a contatto costante con realtà fino a quel momento solo sfiorate per necessità ben comprensibili, essendo io tossica sì, ma pur essendo ed appartenendo a questa, diciamo così, categoria ed avendo fatto uso anche pesantemente di eroina, ha cercato sempre di pormi dei limiti e di mantenere dei valori, come ad esempio quello di non vendersi per "farsi", e di non delinquere, infatti a tutt'oggi sono ancora incensurata, sia per la certezza di non poter sopportare il carcere in genere, né la vergogna di quest'ultimo... Di conseguenza ho sempre lavorato o cer-

cato di ingegnarmi in altri modi molto più difficili da affrontare, nel momento in cui il "bisogno" supera di gran lunga ogni pensiero razionale, appunto mantenendo di base sempre e comunque una dignità e dei punti saldi che però solo chi ha avuto la fortuna in tutti i modi di avere qualcuno o qualcosa che ti abbia potuto trasmettere fin da piccola (in verità nel mio caso a suon di botte, tante botte, cinghiate e quanto altro), l'importanza dello studio (che già amavo a prescindere), dell'impegno, del lavoro, della sete di conoscenza e del sapere che in questo mondo, anche se male, devi comunque poterci sempre vivere e non vergognarti, anche se in fondo si conduce una doppia vita, di poter mostrare la tua faccia o comunque una facciata socialmente accettabile... E' vero, questa è una morale borghese che però, anche se piccola e bigotta, alla fine mi ha permesso, o meglio concesso, di poter decidere sia della mia completa integrità fisica sia del mio suicidio, come lo definì mio padre all'epoca (suicidio per pura fortuna in senso solo figurato), infettandomi con l'HIV (allora era il 1993 e non c'erano i farmaci di oggi e si moriva come mosche), che in ultima analisi è ancora più grave poiché si sa scientemente di andare probabilmente incontro alla morte e si continua a camminare diritti per la strada sbagliata...

Riprendendo il discorso, rimanendo tutta la mattina in un posto che stava divenendo l'ennesima base di raduno della cosiddetta specie e sottospecie e degli escrementi generati peraltro dalla popolazione pescarese, in questo caso stessa, la quale si definisce perbene ma trae nutrimento e non esita anche a sfruttare, condannando d'altro canto chiunque abbia problemi di qualsiasi tipo, ho passato degli anni nei quali, dovendo in ogni caso frequentare giornalmente il Ser.T, essendomi aggravata nella malattia e non potendo più lavorare, ho approfondito mio malgrado, anche se ognuno è artefice (fino ad un certo punto) dei suoi mali, queste conoscenze che mi ponevano tante nuove problematiche, modi di vivere profondamente sbagliati, ma forse proprio per questa loro diversità, interessanti e che proponevano un modello di vita, anche se negativo, sicuramente molto più facile e appunto per questo intrigante perché diverso da me (e se pensiamo agli "eroi negativi", seguiti dalle nuove generazioni oggi ci rendiamo conto che alla fine la storia si ripete sempre purtroppo...).

In quel periodo mi ricordo arrivavo sempre con l'autobus delle 7.45, ma da quel momento in poi, per potermi destreggiare in questo mondo nuovo fondamentalmente ostile del "tutti contro tutti" essendo io profondamente svantaggiata questa volta proprio dal mio carattere ed essendo diversa, cominciavo a bere un bicchiere di vino dopo l'altro e tutto questo è continuato per altri anni, fino a quando non ho avuto la forza di capire che alla fine io non ero questa nuova persona e ho cominciato a combattere, sbagliando peraltro tante volte, per avere l'affidamento bisettimanale (il martedì e il venerdì) e poi, dopo circa due anni di questo affidamento, che comunque non spesso ma a volte mi portava lo stesso ad essere attratta dall'ozio, dalle chiacchiere vuote, dalle false

amicizie e per questo motivo mi capitava di "passare di lì" anche in altri giorni, come per una specie di stupida dipendenza, essendo noi attratti dal "negativo" in genere, mi è stato proposto, anzi, quasi imposto nel mio caso, sempre dalla mia dottoressa, di passare all'affidamento al medico di famiglia...

E questo io penso che sia una chance per tutti, per lo meno per chi la sa cogliere... Per conto mio il primo risultato ottenuto è stato che sto bene attenta ora a non passare più da quella piazza se non quando mi è richiesta l'analisi delle urine e anche quando una mattina al mese (anche se sinceramente io cerco di andare il meno possibile), devo andare e magari quando scendo mi trattengo quell'oretta, noto che mi fa profondamente ribrezzo sia il posto che l'ambiente e quando sono lì, strano ma vero, anche se rimango un po' mi ritrovo sempre da sola in un angolo a fumare una sigaretta, guardando da lontano e quasi non sopportando le persone del mio vecchio gruppo, a pensare che, dopo tanti anni, sento sempre gli stessi discorsi vertenti galera, maldicenze, cattiverie, invidie... Sono sempre e solo i vecchi discorsi... E sapete che cosa vi dico? Mi dà anche fastidio vedere ora da fuori, all'una del pomeriggio, uno scatolone per terra pieno zeppo di lattine vuote di vino, birra e altro. E se fanno schifo a me penso: "Ma alle persone che conducono una vita che non si è mai neanche lontanamente avvicinata alla nostra, che effetto possono fare?"

E sono felice di poter guardare e perché no, anche di arrabbiarmi e provare pena per chi è lì e la sola cosa che sa fare è sfruttare il prossimo anche solo chiedendo una sigaretta o qualche euro o tentando di coinvolgermi in discorsi l'uno contro l'altro, persona che regolarmente qualche minuto dopo magari si ritrova a passare di lì e a ricevere il bacio di Giuda.

Non so se il discorso dell'affidamento al medico è auspicabile per tutti, ma io penso che dato che alla fine è sempre uno stupefacente e si viene ghettizzati anche per il metadone, almeno si dà ad una persona anche solo un margine di recuperabilità, ossia di condurre una vita "normale", che ha voglia di lavorare, essendo in ogni caso questo scioppo (in molti casi tipo il mio, sieropositiva), anche una condanna a vita, la prospettiva di non sentirsi dire: "Non ti vogliamo qui perché sei sempre lì sotto, quindi sei così", ma di poter prendere, sempre lavorando, una casa in affitto in una bella palazzina dove nessuno sa chi sei e se ci riesci, perché comunque non è mai semplice, avere la possibilità di essere chiamata a 43 anni "SIGNORA" e non "chi tu!!!..."

Vi ringrazio e penso che oltretutto vi ringrazierà anche parte del quartiere nel quale è situata la struttura del Ser.T. C.C.

^^^

Mi chiamo Silvia. Sono una giovane ex tossicodipendente di 23 anni; ho avuto la sfortuna di incappare nell'eroina già alla giovane età di 17 anni.

Quando mi sono resa conto che la mia dipendenza era diventata insostenibile, ho avuto la forza e la prontezza

di affidarmi alle cure del Ser.T La Dottoressa Della Torre Nadia mi consigliò di seguire il programma terapeutico che prevede l'affidamento di metadone cloridrato presso il medico di base. Il programma prevedeva anche delle sedute con l'assistente sociale del Ser.T Paola che mi seguì con dedizione.

Intraprendere questo programma mi ha permesso di:

- allontanarmi da un ambiente ostile di tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti che inevitabilmente si incontrano nelle vicinanze del Ser.T;
- riservare la mia privacy; è molto difficile che conoscenti e non vengano a conoscenza della mia situazione in quanto mi reco poco al Ser.T;
- acquisire sicurezza in me stessa, in quanto la fiducia che mi ha dato la Dottoressa è considerevole per un tossicodipendente abituato a vivere in un clima di sfiducia e di menzogna;
- avere molto più tempo a disposizione, tempo che io ho sfruttato in un primo momento lavorando ed ora studiando (ho ricominciato l'Università) e dedicandolo alle mie due bambine;
- avere una vita più nella norma; come potrebbe un uomo o una donna che sia in cura giustificare il ritardo ogni mattina al suo datore di lavoro senza suscitare dubbi?

In più, constatazione personale anche più delle altre, ritengo che per un tossicodipendente che ha delle abitudini-dipendenze anche per quanto riguarda il modus operandi e la tempistica della assunzione di droga, uscire la mattina turbati dall'astinenza, anche se lieve nel caso del metadone, può essere un rischio in particolare nei primi tempi. Tra casa ed il Ser.T c'è l'astinenza e con essa la voglia di andarsi a drogare, quindi la domanda che per un tossico ha sempre la stessa risposta: vado al Ser.T o mi compro una dose? Questo triste problema non si pone grazie all'affidamento di metadone.

Per concludere intendo ringraziare tutti coloro che si sono impegnati per darmi questa opportunità, per farmi sentire nuovamente una persona nella norma. Ringrazio la dottoressa Della Torre Nadia del Ser.T di Pescara senza la quale il mio programma di recupero non sarebbe mai iniziato, il dottor Livio Cipolletti il mio medico di base che ha accettato di buon grado di seguirmi in questo cammino; la Dottoressa Paola e tutto lo staff del Ser.T. Spero che la possibilità che mi è stata offerta possa essere offerta anche ad altri ed avere buoni frutti.

Grazie

S.B.

^^^

All'attenzione della dott.ssa Nadia Della Torre

Voglio qui chiarire le motivazioni che mi portano a continuare il rapporto con la struttura pubblica in poche parole.

Come prima cosa voglio sottolineare che il Ser.T mi dà una assistenza totale alla terapia, un rapporto psicologico continuo con gli operatori professionalmente prepa-

rati e con grande esperienza che mi aiutano ad affrontare il mio problema in modo serio e consapevole, con un forte confronto e un rapporto umano ormai consolidato. E' assodato che tutto questo non può accadere se dovessi cambiare il tipo di assistenza andando da un medico generico che non conosce la storia della mia dipendenza. Diventerebbe come il rapporto che si può avere con il tabaccaio e potrebbe portare problemi al proseguimento della mia terapia.

Le ragioni logistiche sono molto importanti per chi come me lavora.

Voglio qui sottolineare tutto l'iter: la fila dal medico, ti fa la ricetta senza nemmeno guardarti in faccia, raggiungi la farmacia che non è detto abbia ciò che richiedo, ecc.

Il mio pensiero e parere è che il rapporto con il medico curante che non conosco è solo improduttivo. **M.T.**

RIFLESSIONI PERSONALI SULLA SOMMINISTRAZIONE DEL METADONE

La somministrazione del metadone da parte del Ser.T è stata, e forse sarà, sempre criticata dall'opinione pubblica e da chi, fortuna loro, non ha avuto direttamente o no, il problema in causa; standone fuori da un problema è facile avere giudizi e per i più intolleranti dare sentenze perché è facile giudicare un problema altrui con un SI o con un NO, un po' come gli imperatori romani per concludere un conflitto impari tra gladiatori nel Colosseo, pollice verso o il suo contrario (p.s. niente contro gli antichi romani che hanno divulgato civiltà ovunque, ma il mio es. è uno stereotipo dell'antica Roma).

Per una persona che ha avuto il problema della tossicodipendenza da anni, e avendo provato tante soluzioni, il metadone può essere finalmente, un approdo per poter riflettere sul problema e su se stesso senza avere "i morsi" delle astinenze, gli ordini del "capo-responsabile" in comunità e/o la testa in confusione con gli psicofarmaci dati nelle cliniche, e questo lo dico per esperienza personale e per l'iter che in questi anni ho seguito o mi hanno fatto seguire: astinenze cosiddette "a secco", comunità-agricole, e quindici giorni, ridotti a nove (e non da me) a disintossicarmi in una clinica di pubblica utenza. Se vogliamo fare gli stessi discorsi (che non portano a niente) allora possiamo dire che "la possibilità mi è stata data e sono stato io a non sfruttarla", ma, senza togliere niente a comunità e a cliniche, con queste strutture mi sono ritrovato solo dopo poco allo stesso punto. Premesso che è un'opinione del tutto personale, ma a che mi è servito zappare i campi e mungere le vacche per uno, due tre anni in comunità, dopo di ché ti fanno la torta dell'addio e ti rispediscono a casa; io ho pensato che non solo avevo avuto un periodo di inferno prima, con le astinenze, stare fuori-casa, senza lavoro, senza affetti familiari o di una compagna, in più ho dovuto sopportare la strafottenza di chi pensava di essere il "redentore" dei tossici! Scusate, ma è rabbia che mi porto dentro...

Con la somministrazione del metadone, dicevo prima, una persona riesce ad avere tempo per riflettere su se stesso e, non come si pensa, che è soltanto una resa al problema, o soltanto un sostitutivo all'eroina, questo è un modo di vedere in negativo o, polemicamente e politicamente per chi è contrario a priori. Nel tempo in cui la persona prende il metadone riesce ad avere una vita normale e sfido chiunque a dire il contrario.

Nel periodo della somministrazione si può avere quel periodo di non-stress, che non si ha se si è sempre schiavi di dover comprare prima la sostanza: mi spiego meglio, il metadone riesce a farti avere quella possibilità psicofisica di avere una vita normale: cercare o mantenere un lavoro, avere rapporti sociali, toglierti dalla strada e dai quartieri dove si vende la droga, non delinquere per avere i soldi della dose-miracolosa che ti fa "iniziare la giornata", e, anche, non avere più nelle piazze del centro gruppi di ragazzi che aspettano lo spacciatore.

La critica sul metadone che è SOLO una sostituzione dell'eroina è solo una polemica politica da un verso e di ignoranza (nel senso che si ignora sul problema) tra l'altro perché non è detto che la somministrazione sia per tutta la vita, ma solo in quel periodo in cui si riesce a sistemare quelle cose vitali che una persona, caduta nel problema, non ha potuto risolvere in passato avendo come intralcio la sostanza e il suo contorno "schifoso".

Grazie ai dottori dei Ser.T che seguono questo problema e mi rendo conto (in minima parte) delle problematiche che hanno giorno dopo giorno cercando di ridare una dignità e una personalità a chi è caduto nella tossicodipendenza, grazie a loro che ci seguono e sentono i nostri percorsi di vita attuali si riesce ad avere una vita normale, e in più vengono criticati da varie parti. E, per concludere, essendo sulla soglia dei 40 anni, solo grazie al Ser.T che, dopo avermi ascoltato e capito cosa mi serviva, sono riuscito a non perdere il lavoro da 6 anni, aver avuto una compagna e avere la possibilità di soddisfare i miei hobby, altro che sostituzione dell'eroina... **M.S.**

^^^

Sono Marco, un utente del Ser.T di Pescara dall'estate del 1994, ho 42 anni e vivo a Pescara. In tutti questi anni e cioè fino al 2007 posso dire di essermi trovato bene sia con i vari infermieri che si sono succeduti sia con i dottori della struttura. La dottoressa assegnatami e cioè che mi segue nella mia terapia, è la dottoressa Della Torre, fin dal principio. Con lei mi sono trovato sempre molto bene, infatti non ho mai chiesto di cambiare; dopo un primo periodo di conoscenza reciproca, la mia fiducia verso la dottoressa ed il Ser.T è andata aumentando anno dopo anno sempre di più, mi sono sentito sempre aiutato soprattutto nei momenti di difficoltà, i quali specie all'inizio erano molti, ho avuto varie ricadute però non mi sono mai sentito abbandonato e questo mi ha aiutato a superare i problemi e le paure. Io penso che senza l'aiuto della struttura, delle persone che la compongono e della dottoressa Della Torre, la quale è stata sempre presente e posso dire, visto il mio carattere spesso negativo

dovuto alla tossicodipendenza, anche molto paziente, posso dire senza esagerare che forse oggi non ci sarei più. La terapia e le persone a cui ho potuto chiedere aiuto hanno fatto sì che io in questo momento sono a ringraziare il Ser.T anche se mi rendo conto che devo lavorare ancora molto su me stesso, non è finita e forse non finirà mai, ma io so di non essere solo. **M.S.**

^^^

Il motivo per cui preferisco rimanere al Ser.T è affettivo e di fiducia che nel tempo si è stabilito con gli operatori in particolare con la dottoressa Della Torre e l'educatrice Paola. Questa fiducia è stata ed è la base della mia rinascita. Devo moltissimo a questa struttura e a queste persone che nonostante le difficoltà del settore essendo in prima linea contro questa epidemia sociale hanno sempre risposto ai miei problemi con pazienza con dolcezza ma anche con fermezza quando necessario.

Oltretutto questo sempre grazie alla mia dottoressa e ai suoi consigli è il suo appoggio morale e professionale, ho deciso di prendermi cura della mia salute e anche se la terapia sarà lunga e difficile grazie a queste persone mi sento completamente assistito ma soprattutto non mi sento solo. **L.V.**

^^^

Nella struttura del Ser.T mi trovo bene con tutti perché sono disponibili per aiutarmi a smettere di fare quella vita che non serve fare ed è solo una perdita di salute. Grazie al Ser.T ho trovato un dottore disponibile perché quello vecchio mio mi ha detto che lui non era d'accordo e non poteva prescrivermi il metadone da portare a casa e che c'erano troppe responsabilità e pericoli con la giustizia.

Col dottore curante nuovo sto bene e mi trovo bene perché è gentile ma vuole che gli porto le lettere che gli scrive la mia dottoressa.

Ora sto lavorando bene, solo a volte mi sento agitato se devo fare qualche cosa che è nuovo per me e che non ci sono abituato.

Con la mia dottoressa Della Torre stiamo aumentando il dosaggio del metadone perché quando ci vado da lei lo capisce che ancora mi toglie completamente dalla testa il vizio dell'eroina e ho fatto per questo delle ricadute. Ma lei ha molta pazienza e scrive al dottore curante delle lettere che gli spiega che non lo faccio apposta a usare ogni tanto per cattiveria ma solo che ancora sto bene col dosaggio di metadone che ora lo devo alzare per non pensare più a quella maledetta cosa l'eroina. Oggi siamo arrivati con la dottoressa Della Torre che avevo l'appuntamento mensile a settanta milligrammi e questo penso è la dose giusta per me che devo dare alla dottoressa e al dottore Salvatorelli la soddisfazione di vedermi che so stare senza le sostanze e fare la brava persona, come sono quando sto a casa e lavoro. Mi dispiace che ho perso gli anni della comunità, che non mi sono serviti a niente e anche il corso di computer che avevo fatto non è servito a nulla perché il computer non c'è l'ho e allora

non mi esercito a scrivere e ora sono difficile a scrivere e non riesco a dire tutte le cose che vorrei che sono tante e importanti.

Voglio ringraziare il Ser.T gentile con tutte le persone anche quelle che strillano e dicono le parolacce, la mia dottoressa Della Torre che gli dicono che è cattiva perché vogliono continuarsi a fare in pace l'eroina e se qualche volta si arrabbia e strilla fa pure bene, le infermiere che aspettano che faccio le urine con pazienza e senza farmi vergognare, il medico di famiglia e la pazienza della mia famiglia e di tutti quelli che devono sopportare i guai che mi prendo addosso quando mi faccio e divento diverso più antipatico e male educato. **R.D.A.**

^^^

Senza tanti preamboli farò una breve analisi del mio rapporto con la struttura, il Ser.T ed i suoi operatori, il mio medico di base e questo percorso di cura.

Ho iniziato un percorso terapeutico diverso tempo fa, tra mille problemi e difficoltà personali e terapeutici.

Ho cercato di curare la mia problematica rivolgendomi a Pescara, in questa struttura, ma purtroppo i tempi di ingresso ed i preliminari di sorta rinviavano di molto l'inizio della cura.

La struttura non aveva al momento posti, c'erano carenze croniche di personale ed in carico centinaia di persone in cura e tante in attesa come me.

Si può immaginare il carico di dolore, sofferenza fisica e psicologica che stavo vivendo ed allora dovetti rivolgermi ad un'altra struttura, addirittura ho dovuto diventare un'emigrante della salute, andare fuori Pescara e viaggiare due, tre volte la settimana per potermi curare e dare una soluzione a questo problema.

Era pesante sotto il profilo psicologico, economico e pratico, non mi dava la possibilità di un reinserimento nel mondo del lavoro dovendo perdere ogni volta intere mattine per andare, fare terapia e colloqui e ripartire.

Il mio stato di salute mentale e fisico ad un certo punto non ce la faceva più a sostenere questa fatica, per cui iniziavo a desiderare fortemente di curarmi a Pescara, ma ero frenata anche dall'ambiente che c'era, dal pensiero della frequentazione giornaliera con quel posto, l'incontro con gli altri, la visibilità, problemi di orario per il lavoro ed il resto della mia vita.

Poi per fortuna, il medico della struttura dove ero in cura comprendendo le mie difficoltà si mise in contatto con la dott.ssa Della Torre per il trasferimento e la terapia con il medico di base sotto la sua supervisione.

Ha segnato un cambio di rotta completo nella risoluzione del problema, la dott.ssa Della Torre ha fatto una anamnesi della mia situazione, stabilendo la necessità di nominare un medico di base che mi prendesse in cura, me lo indicò, lo contattò personalmente e mi presentò.

Venivo consigliata e diretta anche per un sostegno psicologico con la dott.ssa Presutti, la psicologa, per dei colloqui settimanali che sono stati veramente proficui, orientandomi verso l'obiettivo della guarigione completa. Poi il controllo mensile ed il colloquio con la mia dott.ssa

mi davano anche la serenità di poter contare su delle persone alle spalle, non ero sola, ogni settimana vedevo il mio medico di base con un rapporto sereno e di collaborazione, in un ambiente che mi riportava alla normalità dei rapporti, delle frequentazioni e dello stile di vita. La soluzione della terapia domiciliare è stata ed è la soluzione migliore, più adeguata alle esigenze della mia persona, nel rispetto delle mie esigenze di serenità, anonimato e privacy, senso di responsabilità, partecipazione e condivisione della terapia, come soggetto, interagendo positivamente con la mia dott.ssa di riferimento ed il mio medico di base.

ANNA

IO ED IL SERT

Io sono un ragazzo di 34 anni e purtroppo ho avuto la sfortuna di venire a contatto con la droga nel periodo della mia adolescenza e con alti e bassi non riuscivo a capire dove e come mi stavo riducendo, infatti per mia fortuna con l'aiuto di mia madre che sono venuto a conoscenza della struttura Ser.T.

La prima volta che vi sono entrato ero giovanissimo, avevo appena venti anni ed i miei atteggiamenti nei confronti della struttura erano alquanto dubbiosi, erano i primi anni del 1990 e a quel tempo si stavano evolvendo le comunità terapeutiche, infatti era compito del Ser.T anche di prepararti psicologicamente al da farsi ma soprattutto ti aiutava ad eliminare l'astinenza o con terapie sintomatiche o con il metadone. A quel tempo avevo finito di studiare e mi trovai in una situazione che mi vengono i brividi solo a ripensarci, ossia ero totalmente depresso: mi facevo e stavo male perché mi ero fatto, non mi facevo e stavo male perché ne avevo bisogno fisicamente.

In certi momenti non sarei voluto esistere.

Ed ecco che mi viene presentato il dottor Costantini, un dottore che non sembra un dottore molto piccolo di statura ma molto schietto e alla mano, riusciva a metterti subito a tuo agio arrivando sempre dritto al punto senza tanti giri di parole e dall'altra una Signora molto flemmatica nei movimenti ma altrettanto schietta nel dire le cose, la dott.ssa Della Torre. E' stato grazie a loro che sono riuscito a prendere coscienza del problema ed accettare la realtà, ossia il mio modo di essere ed accettarmi per quello che sono. Infatti dopo un po' di tempo e dopo vari colloqui decisi di andare in comunità.

Purtroppo anche avendo finito il programma terapeutico dopo poco tempo non riuscendo a reinserirmi nella società e nella vita di tutti i giorni sono ricaduto nel tunnel della droga e questo proprio perché essendo un soggetto molto ansioso non riuscivo a gestirmi le mie ansie quindi questa volta a differenza della prima sapevo a chi rivolgermi, infatti la dott.ssa Della Torre era ancora lì anche se erano passati quei quattro anni e mi ha ripreso subito in cura. Questa volta era ancora più difficile anche perché c'era un fallimento alle spalle ma nonostante ciò anche se da allora sto in terapia di metadone grazie al

Ser.T. Riesco a gestirmi in modo normale le mie ansie, sono padre di una bellissima bimba di 7 anni e da 8 anni che lavoro presso la stessa ditta quindi posso ritenermi fortunato perché tutto questo senza l'aiuto di questa struttura non sarei mai riuscito a mantenermi.

Quindi posso dire con certezza che questa struttura funziona solo perché vi sono delle persone predisposte a non giudicarti ma a capirti ed anche se è un lavoro se una persona non è predisposta a darti una mano non darebbe troppo a fare questo lavoro, infatti nell'arco di questi dieci anni ne sono cambiati tanti di dottori ed infermieri ma per mia fortuna chi ha seguito me dall'inizio come la dott. Della Torre non ha mollato quindi non posso dirne che bene del Ser.T. E di tutti quelli che ci lavorano soprattutto perché noi tossicodipendenti spesso siamo portati al vittimismo o a tutto l'opposto ossia la presunzione assoluta avendo sempre la risposta a tutto quindi avere a disposizione chi riesce a farci riacquistare un po' di obiettività e di sicurezza in noi stessi, oltre al problema fisico, non può che essere più che positivo.

M. L.

^^^

Dedico queste poche righe ad una donna che considero straordinaria e con una fortissima personalità. Qualunque cosa accada GRAZIE DOTTORESSA!!!

E così... circa un mese fa ho ricevuto una telefonata da una persona che per me rappresenta tantissimo, mi è stata chiesta una cosa che là per là mi ha riempito di sincera gioia perché per una volta mi veniva chiesto di mettere sulla carta quello che io ho provato in tanti anni per le persone che mi hanno sempre ascoltato e sostenuto nei momenti più bui della mia esistenza. Ma ho avuto paura, una cieca paura di non riuscire a rendere l'idea, con le mie parole deludere chi ancora una volta era disposto a credere in me.

Mi è stato chiesto di scrivere una relazione sul rapporto che mi lega al Servizio e ancora più profondamente alle persone che lo fanno vivere e lo rendono fruibile ed accessibile a quella parte di persone che tanti, troppi vorrebbero dimenticare o meglio non vedere perché in questa società dove per emergere devi assolutamente essere il migliore, il più bravo, non sono ammesse debolezze errori, non si può sbagliare, ed ecco che in queste situazioni di ordinario disagio per fortuna c'è un posto dove non si viene giudicati o scacciati ma riesci a farti ascoltare, se lo vuoi, c'è una mano amica che ti viene tesa e se riesci a prenderla riesci a non cadere in quel metaforico buco nero dove anch'io sono scivolata che ero ancora una bambina con occhi e anima di bambina ho visto un mondo che per tanto, troppo tempo è diventato il mio mondo.

Non si può fare una relazione senza raccontarsi almeno un po' e questa è la mia storia con il Servizio e con la vita.

La prima volta che sono venuta in contatto con il Ser.T

ero poco più di un'adolescente, spaventata ma spavalda con la vita, fortunatamente con una buona educazione che è sempre stata un baluardo e una sicurezza in un mondo diverso da quello dove ero cresciuta e da dove nessuno immaginava che io mi allontanassi. Questa premessa è d'obbligo perché il Ser.T mi ha praticamente vista crescere prima come adolescente, poi come giovane donna ed infine ora come donna matura; la prima impressione che si potrebbe avere è che questo rapporto non sia stato tanto costruttivo considerando che sono ancora qui dipendente da un "medicinale" che è senza dubbio un surrogato della maledetta sostanza che io identifico nell'unica droga che conosco: l'eroina, ma non è così perché è grazie al medicinale, grazie alle persone che lo somministrano che mi hanno sempre ascoltata e mai scacciata in tutti questi anni se oggi io sono in grado di vivere una vita normalissima con mio marito, i miei figli, sostenere una vita lavorativa del tutto soddisfacente perché è con questo medicinale che sono riuscita a riprendere gli studi e a fare carriera, oggi sono funzionario nella pubblica Amministrazione e me lo sono guadagnato questo livello studiando e scalciando come tutti, come tutte le persone "normali".

Io spero che dalle mie parole trapeli l'affetto e il rispetto che provo per le persone che mi sono state accanto e soprattutto della Dottoressa Della Torre che nell'ultimo decennio mi ha sostenuto, guidata e consigliata.

Non dimenticherò mai il giorno in cui le confessai di aspettare il secondo figlio la sua risposta non fu l'augurio che magari ci si sarebbe normalmente aspettati ma delle parole sagge che ancora oggi mi risuonano nella mente: "Un figlio non è un capriccio, un figlio è un impegno per la vita e forse oggi non sei pronta" a me non sembrarono fredde le sue parole ma tanto vere e tanto sagge, allora non ebbi la forza di darle ragione ma poi tante volte, dopo che è nata la mia bambina, ho ripensato a quel monito, quando la mia bambina mi fu allontanata dopo la nascita, la dottoressa non mi ha mai detto "te l'avevo detto, ti avevo avvisato" no, ha continuato a guidarmi e a sostenermi con i fatti persino difendendomi e questo io non posso dimenticarlo. Oggi anche se ci vediamo poco anche se io so di non essere perfetta nella corsa che è diventata la mia vita, so che Lei c'è e lei sempre pronta a guidarmi come una madre o una sorella che non deve essere necessariamente accondiscendente e buona ma saggia e pronta a capire perché il vero dramma della droga, cari signori, è che purtroppo si resta sempre un gradino indietro, non si cresce come si dovrebbe resta sempre un metaforico buco nero dove è tanto tanto facile cadere e allora chi ti sostiene deve essere forte, più forte di te.

Ormai sono trascorsi quasi due anni da quando una mattina, in cui come al solito mi ero recata al Servizio per la quotidiana somministrazione, fui accolta dalla Dottoressa con un bellissimo sorriso e mi annunciò che ero pronta ad andare dal medico curante a prendere la ricetta settimanale del medicinale. Dire che la sensazione di gioia che mi pervase fu immensa è forse riduttivo perché

in quel momento vidi tutti i benefici che questo avrebbe comportato per la quotidianità: recarsi a lavoro in orario, avere più tempo da dedicare a mia figlia nella preparazione pre-scuola, non sentire più il timore di incontrare qualcuno conosciuto sotto al portone del Servizio e poi la soddisfazione più grande: la consapevolezza di avere fatto bene perché andare dal medico curante è una conquista per noi. Passarono i primi giorni, ripresi i contatti con il mio gentilissimo medico curante e forse non mi crederete ma la prima settimana ho sentito la mancanza delle persone del Servizio, delle infermiere ma soprattutto della Dottoressa che con il suo saluto quotidiano, con le quattro parole scambiate lì nel salone mi accompagnavano ed aprivano la mia giornata come una routine ormai così tanto consolidata e piacevole da sentire quasi un vuoto.

Spero che dalle parole sia trapelata tutta la sincerità e l'affetto che negli anni ho provato e provo per quelli che mi hanno conosciuta, io sono sicurissima di una cosa: al Ser.T. nonostante tutto non sono mai stata giudicata buona o cattiva ma considerata una persona d'aiutare e sostenere nella fatica del vivere quel male di vivere che segna la strada del disagio; se mi guardo indietro non vedo spine ma rose e questa non è una considerazione fasulla perché, torno a ribadire il concetto, in tutti questi anni che ho trascorso come utente ho costruito la mia famiglia, i miei figli sono cresciuti bene e sono bravi ragazzi che sicuramente avranno un percorso di vita diverso dai genitori, e forse non sapranno mai a chi va il merito, riesco ad alzarmi ogni mattina con la forza per affrontare una nuova giornata e andare avanti con onestà e tanta tanta voglia di ripetermi che la vita è bella e va vissuta.

A me non rimane che ripeterVi GRAZIE, con la speranza che la mia Dottoressa, il Servizio, la mentalità senza barriere e preconcetti resti al servizio della collettività perché ci sono tanti adolescenti che diverranno uomini e donne che nel corso della vita potrebbero incappare in quel buco nero e sentire una mano che li tiri su, proprio come è accaduto a me.

Con affetto

B.D.E.

^^^

Il mio rapporto con il Ser.T non è stato facile.

Ho dovuto inserirmi un po' alla volta.

Sono un tipo molto riservato e vergognoso.

Mi ci sono rivolta che avevo appena 18 anni e tra lasciate e ritorni sono ancora qui che ne ho 44.

Quando iniziai a fare uso di eroina non c'era molta informazione ed io ignorante sulla sua pericolosità e avendola a disposizione sono andata avanti fino in fondo.

Il mio stile di vita e le condizioni famigliari hanno influito parecchio. Sono andata via di casa a 16 anni non potendo più sostenere le liti che si creavano tra mia madre e il suo compagno per causa mia. Sono un transessuale e questo in famiglia non è mai stato accettato. Pensavo che solo con i soldi avrei ottenuto il loro rispetto e mi sembrava vera l'importanza che mi davano quan-

do lascio loro la bustarella sul tavolo. Non mi hanno mai chiesto come li facessi.

Ricordo che quando venni al Ser.T la prima volta era un ambiente prettamente maschile e mi sentii a disagio. Credo di aver mentito al primo colloquio. Trovai il tutto molto rigido e severo e provai un terribile senso di vergogna. Sentivo gli occhi di tutti addosso e il rituale si ripeteva uguale ogni mattina. Trovavo la cosa stressante e quando mi dissero che la terapia era finita mi sentii sollevata nonostante stessi ancora male.

Non mi rivolsi più al Ser.T per molto tempo.

Ora è molto meglio, riconosco più professionalità di allora. L'impressione è che ci sia meno caos e più riservatezza. Ci sono più figure femminili e nonostante io provi lo stesso senso di vergogna trovo più rassicurante l'ambiente.

Non ricordo di aver avuto colloqui oltre quelli che ho periodicamente con la dottoressa che mi segue. Mi riferisco a quelli con la psicologa o altre figure che fanno parte di un trattamento da proseguire.

Ho un buon rapporto con tutti, ho un buon carattere di natura e penso di essere abbastanza educata.

Mi è stato chiesto di scrivere il rapporto che ho con il personale del Ser.T: io penso che sia più che buono. Sono io che sono fatta male.

G.D.F.

^^^

Mi chiamo E.P. e sono attualmente in terapia di Metadone con il programma del Medico Curante.

Sono circa più di dieci anni che mi trovo a convivere con la sostanza "Ero"! Oggi posso dire che la collaborazione del Ser.T con il medico curante si sta rilevando nei miei confronti quasi ottimale. Sono convinto che mi stia aiutando molto il programma con regole molto ben precise e con un convincimento da parte mia.

Sono monitorato prima da me stesso stanco di non vivere, ma ancora lontano dal volermi bene per dire finalmente posso smettere! Poi monitorato dai miei genitori e in particolare dal mio dottore di base che è anche un dottore che non crede a questo programma!

Sono molto controllato, devo sempre con anticipo portare i risultati delle urine, come esame, per dimostrare che posso continuare la terapia.

Io per motivi che non ho del tutto smesso, la dottoressa del Ser.T mi ha aumentato il controllo due volte al mese. Quindi sono anche costretto a non fare uso di "Eroina", droga scelta da me x lo stile di vita che pensavo che mi rendeva più forte!

Ho fatto tutte le procedure che in questo caso si fanno, come essere seguito dal Ser.T con controlli con Psicologi e controlli più rigidi ma più flessibili e in maniera soggettiva in base alla singola persona x avere il migliore programma e quindi l'autogestione più giusta x evitare la peggiore gestione della terapia.

Posso dire che sono soddisfatto per questa possibilità che mi si offre. Senza questa terapia sarei tormentato dal riprendermi e dal riniziare. Come ho fatto in tutti questi anni, anche provando centri x la disintossicazione e

Comunità. Ma dopo tanti tentativi anche se non sono convinto xché non ho ancora trovato una motivazione x dire smetto, al momento è l'unica cosa che mi limita i danni e che mi lascia più sereno.

Sono anche preoccupato che oggi assumo un grande dosaggio di Metadone e continuamente vengo a pensare che ciò mi fa molta paura proprio xché avendo smesso molte volte non riesco a smettere e dire che essendo un antagonista della stessa sostanza "Ero" mi preoccupa molto e mi rende triste ma spensierato come ho già citato sopra.

Non sono molto bravo a scrivere x trasmettere che le istituzioni hanno molti problemi come anche la vita è strana nel viverla.

Quindi ci sono difficoltà di tutti i tipi come anche le soddisfazioni x chi come me non è pessimista. Mi reputo molto fortunato xché ho una famiglia che mi ha troppo protetto non aiutandomi però a maturare nelle responsabilità. Con questo voglio dire che se strutture x aiutare chi è debole non si incontrano con il dialogo x discutere cosa è giusto e cosa non l'ho, non si vede chiarezza.

Sono importanti strutture come il Ser.T e le comunità, xché tutto ciò che esiste rende l'uomo più esperto, ma anche confuso x chi come me si fa troppe domande.

Il servizio che sto l servizio che stòete si stà lì facendo mi rende più disponibile e sono grato a tutto ciò.

E.P.

^^^

Sono in terapia al Ser.T dal settembre 2001 precisamente dal giorno della caduta delle torri a New York.

Ad oggi 12/5/2007 ritengo molto utile il servizio dei Ser.T in quanto il metadone (SE UNO VUOLE) riesce veramente a togliere dalla testa (il pallino) quella ricerca continua di eroina (famoso craving).

Comunque voglio precisare che il personale che opera in queste strutture è molto umano, disponibile e non posso che parlarne che bene.

Infatti proprio oggi ho maturato ancora di più la mia totale fiducia nella dottoressa che mi segue è cioè la Nadia Della Torre. Una persona a mio dire molto professionale nel suo lavoro con un cuore pieno di FEDE.

Infatti grazie a Nadia mi trovo nel progetto del medico curante, un progetto utilissimo per chi lavora ed ha una famiglia.

A.L.

^^^

Era tanto che non scrivevo su un foglio delle mie opinioni, o sensazioni; se devo dare un mio modesto parere riguardo i servizi offerti dal Ser.T di Pescara, devo ammettere che prima di entrare in terapia con il medico curante, avevo un'idea del Ser.T sbagliata.

Quando, per fortuna, ho conosciuto gli addetti, non mi sono sentito a disagio e non ho avuto segni di emarginazione, ma anzi è sempre un piacere parlare, dialogare con persone che collaborano nel sociale in questo modo.

Sono stato spronato a riprendere una vita regolare anche da loro, dalla dottoressa, dalla mia famiglia, ma soprattutto da me.

Penso che il servizio offerto da tutti e tutte le addette sia efficiente, oltre che rincuorante e sensibile ai problemi dei ragazzi.

Devo ringraziare tutti per la grossa mano che mi stanno dando e per la disponibilità sempre pronta.

Un grazie di cuore.

M.C.

^^^

Sono veramente felice di poter essere entrata in questo nuovo progetto del Ser.T. È stato ed è per me una vera salvezza. Tra l'altro l'accoglienza e la disponibilità che trovo ogni volta al Ser.T mi dà quella forza di volontà necessaria sia per accettare la mia sconfitta sia per andare avanti.

Anzi sono sincera sia per motivi personali ma anche do tempo se non ci fosse stato questo nuovo progetto con affidamento esterno forse sarei ancora nei guai. Inoltre devo dire grazie alla dottoressa Della Torre che da anni mi segue con pazienza e che è diventata per me un punto di riferimento.

Capita di leggere dai giornali commenti sull'efficacia del Ser.T. A queste persone io dico che se non ci fosse stato questo centro io forse oggi non sarei qui a scrivere. E sono anche consapevole che anche per gli addetti ai lavori non è semplice avere o meglio costruire dei rapporti con noi. La tossicodipendenza rende gli individui larve senza orgoglio né rispetto né per se né per gli altri, e la risalita non è per niente facile.

Ma con strutture come questa con tutte le difficoltà che nascono anche da un sovraffollamento ci si può riuscire. Sembrerò inverosimile ma io dico grazie alla Dottoressa Della Torre ed al Ser.T per avermi ridato una vita normale.

S.G.

^^^

Se mi si chiede come mi trovo al Ser.T e come mi trovo ad avere la terapia di metadone in appoggio al mio medico curante, posso dire che questo è il secondo tentativo nei miei circa quindici anni e più di tossicodipendenza. La prima volta è stato un totale fallimento sia perché l'ho

realmente presa con leggerezza quasi imponendo la durata della cura, che mi sembra di ricordare fu di circa sei mesi.

Poi dopo questa esperienza negativa per la riuscita o per la limitazione del mio problema, ho tentato la strada della Comunità, anche essa senza risultati positivi. Ora sono arrivato purtroppo all'età di quarant'anni, ogni giorno maledicendo il giorno che ho provato per curiosità l'eroina, e sono tornato al Ser.T con la terapia di Metadone, e devo dire che se non ci fosse stato il subentro nella mia vita della cocaina ero riuscito per un po' di tempo a convivere abbastanza lucidamente con l'appoggio, tra l'altro molto comodo soprattutto per me che lavoro e che quindi se dovessi recarmi ogni giorno al Ser.T sarebbe impossibile, presso il mio medico curante.

Ora sono qui a riscrivere il riassunto della mia vita terapeutica e spero vivamente con una vera voglia di lasciare totalmente questo Mondo parallelo che mi ha dato solo guai e negatività.

I.G.

^^^

Il Ser.T è una grande struttura, funzionante bene solo se tutti gli operatori lavorano in sincronia. Quello della mia città (Pescara) è uno di quelli dove lavorano con serietà, sono soddisfatto dell'aiuto che ricevo.

In tutti gli anni di terapia ho imparato ad essere più educato, dopo tanti rimproveri, per il resto mi sono calmato. Ho anche fatto l'esperienza del medico di base, però nel mio caso la terapia di metadone è meglio farla presso il Ser.T, mi sento più seguito e più sicuro. La mia dottoressa è la più che ha esperienza e riesce a darmi degli imput, che durano però qualche giorno.

Penso che tutti gli operatori del Ser.T, svolgano un lavoro importante fatto di pazienza e professionalità, inoltre non deve essere facile avere un rapporto lavorativo e umano con persone come me.

Infine aggiungo che con gli anni anche gli operatori si sono migliorati e si vedono meno comportamenti aggressivi, grazie all'esperienza accumulata negli anni.

M.M.

ALCUNI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE AI PAZIENTI DIPENDENTI DA EROINA IN COLLABORAZIONE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA ASL DI PESCARA

di Maurizio Fea, *Responsabile Settore Formazione FeDerSerD*
e Alfio Lucchini, *Presidente Nazionale FeDerSerD*

Il Ser.T di Pescara ha definito nel 1997 un progetto per collaborare con i Medici di Medicina Generale del territorio nella gestione delle terapie sostitutive effettuate dagli eroinomani.

Del progetto si è fatto promotore e titolare la Provincia di Pescara nella richiesta di finanziamento sul "Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga" (L. n. 45/99) per le annualità 1997 - 1999.

Il progetto nasce dalla constatazione che il Ser. assiste solo una parte della popolazione dipendente da eroina e questo sia per la tipologia di intervento implicita nella dimensione organizzativa e strutturale del servizio che per la notevole diffusione della patologia.

Inoltre molti pazienti vivono in zone distanti varie decine di chilometri dal Ser.T e questo determina una conseguente, problematica gestione, da parte loro, di una terapia cronica che a volte rende difficile il reinserimento lavorativo.

L'intervento integrato proposto offre una aggiuntiva risorsa terapeutica complessiva che va a soddisfare bisogni particolari e a supplire le insufficienti risorse della struttura specialistica di riferimento, andando a valorizzare il rapporto col Medico di Medicina Generale e con il nucleo familiare.

Nel progetto sono stati coinvolti:

- il Ser.T Pescara che ha svolto la funzione di consulenza e supporto specialistico (ad esso è stato fatto carico della diagnosi, della predisposizione del progetto terapeutico, del counselling medico settimanale e dei controlli urinari);

- i medici di medicina generale che hanno preso in carico i loro pazienti anche per la patologia della dipendenza da eroina e prescritto i farmaci sostitutivi;

Il progetto ha avuto bisogno di tempi medio lunghi per prendere concretamente l'avvio con la presa in carico del primo paziente che si è avuta il 9 ottobre 2001.

Questo tempo è stato necessario per costruire una collaborazione efficace con i medici di medicina generale che hanno partecipato al progetto (altri si sono inseriti successivamente) in un contesto territoriale non preparato da altre esperienze analoghe ed in presenza di una rappresentazione sociale delle cure per i tossicodipendenti sicuramente penalizzante.

Inoltre nelle prime fasi il numero dei pazienti in carico è

aumentato in misura lenta: c'è stata una sorta di attesa per verificare, da parte di alcuni medici, l'andamento dei primi programmi.

In questa fase il compito degli operatori del Ser.T è stato molto delicato, fatto di professionalità, di assistenza e di accompagnamento per aiutare i medici a superare timori e resistenze.

Gli obiettivi del progetto erano:

1. assistere i pazienti dipendenti da eroina con l'uso di terapie sostitutive e l'offerta di counselling sociale e psicologico nella misura di 100 anni/paziente;
2. misurare la capacità del programma di ritenere i pazienti in trattamento;
3. misurare la possibilità della collaborazione con i medici di medicina generale e definirne gli elementi costitutivi essenziali;
4. misurare la efficacia del trattamento misurando il tempo libero da malattia come documentato con la negatività della ricerca dei cataboliti degli oppiacei;
5. misurare il costo per mese di assistenza;
6. valutare il rapporto costi/benefici di questo nuovo progetto terapeutico.

Gli esiti sono stati:

1. Sono stati assistiti 119 pazienti per un numero complessivo di 37.049 giornate in un arco temporale di 996 giornate. In tal modo si è raggiunto il 100% dell'obiettivo. Alcuni pazienti hanno svolto più programmi e per tale motivo i programmi sono stati complessivamente 136, 13 pazienti hanno svolto 2 programmi e solo 2 pazienti si sono impegnati in tre programmi.

2. Solo 4 pazienti hanno abbandonato la terapia per una indisponibilità a continuarla nei termini stabiliti, mentre 8 pazienti hanno cessato questo programma perché posti agli arresti, tutti peraltro per reati commessi prima di entrare in cura.

3. C'è stato un raccordo continuo tra Ser.T e medici di medicina generale e ben 14 pazienti sono tornati in trattamento al Ser.T in tutte le situazioni in cui tale passaggio appariva utile per il paziente stesso. Inoltre 7 pazienti hanno continuato il programma terapeutico in comunità dopo aver raggiunto la condizione di non dipendenza fisica. 49 pazienti hanno completato con successo il programma terapeutico e 43 lo continuano ancora dopo la conclusione del progetto e dei relativi (pur se modesti)

incentivi grazie alla disponibilità dei loro medici di medicina generale.

C'è stata una numerosa e soddisfacente risposta da parte dei medici di medicina generale alla richiesta di collaborazione. Ben 46 medici hanno partecipato al progetto, testimoniando nei fatti una reale disponibilità dei colleghi a farsi carico di questa patologia se adeguatamente inseriti in un contesto terapeutico ritenuto valido.

Il Ser.T si è assunto la responsabilità per tutti i casi della diagnosi, della definizione del programma terapeutico, della eventuale rimodulazione dello stesso, delle verifiche e del counselling periodico.

Questo ha messo il medico di medicina generale nella condizione di tranquillità rispetto agli aspetti medico legali più problematici ed inoltre non si è sentito mai solo nella gestione di tutti i momenti di difficoltà nella condotta del programma.

Inoltre quasi sempre il MMG si è trovato nella possibilità di valorizzare, nel setting terapeutico, una conoscenza profonda dell'intero nucleo familiare del paziente, e una fiducia costruita negli anni sia con il paziente che con la sua famiglia: con un evidente valore aggiunto rispetto alla riuscita della terapia.

4. I risultati di questo progetto sono stati soddisfacenti in rapporto ai risultati ottenuti dai pazienti come si può facilmente rilevare dai dati illustrati.

Tra questi si segnala che circa il 60% di pazienti è stato messo nella condizione di svolgere una attività lavorativa. In un precedente lavoro i pazienti in trattamento con metadone cloridrato sciroppo presso il Ser.T e negativi nel corso dell'intero anno solare all'esame dei cataboliti degli oppiacei erano il 76,75%. In questa sperimentazione il tempo libero da malattia è risultato essere dell'86% di 37.049 giorni pari a 31.892 giorni.

Nel gennaio 2006 il progetto è stato ripreso e potenziato con l'attivazione di altri MMG con l'intento che gli stessi seguano i pazienti tossicodipendenti anche prescrivendo il farmaco sostitutivo metadone cloridrato sciroppo.

I pazienti previsti sono nel numero di 200 assistiti per un periodo di 3 anni. Il progetto è stato reso possibile con l'interessamento dell'Assessore Regionale alla Sanità che ha preso l'impegno di portare alla attenzione della contrattazione regionale decentrata dei medici di medicina generale la implementazione strutturata e non a progetto, su base regionale, di tale iniziativa, e con la condivisione dell'Ordine dei Medici e dei principali sindacati dei medici di medicina generale.

Con questo progetto ci si propone:

1. di superare, almeno in parte, la pressante necessità di un numero sempre maggiore di trattamenti sostitutivi, richiesta non evadibile da parte di un solo Ser.T;
2. di promuovere le possibilità terapeutiche discendenti dall'esito del referendum dell'aprile 1993 per cui tutti i medici di medicina generale sono abilitati ad assistere pazienti dipendenti da eroina con l'uso di farmaci sostitutivi, ma tale abilitazione viene raramente esercitata;
3. di rendere maggiormente compliant tale tratta-

to per i pazienti residenti in zone distanti varie decine di chilometri dal Ser.T;

4. di ridurre l'assembramento di utenti davanti ad un unico punto di somministrazione del metadone nell'intero territorio;

5. di confermare l'eccellente rapporto costi/efficacia dalla precedente sperimentazione ristretta.

Dal 6 gennaio 2006, data di inizio del progetto, al giugno 2008, data dell'ultima rilevazione, il processo di arruolamento dei pazienti nei programmi di trattamento affidati ai medici di medicina generale, ha avuto l'andamento descritto nel grafico 1.

44 soggetti erano già in affido presso i MMG, come effetto residuo della precedente sperimentazione, e l'incremento più rapido si è avuto nel periodo gennaio - giugno 2006, con un piccolo ulteriore incremento fino al gennaio 2007, dopodiché l'andamento si è stabilizzato intorno ai 150 soggetti fino al gennaio 2008, data dalla quale si rileva un progressivo decremento fino al giugno 2008.

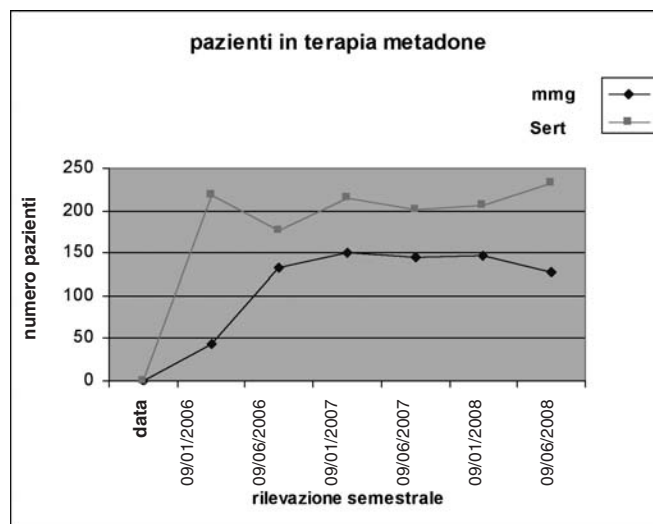
L'andamento dei pazienti in terapia con agonisti presso il servizio, rilevato alle stesse date di inizio, intermedie e finali, indica un andamento pressoché parallelo, con una sfasatura iniziale dovuta all'effetto protratto dell'avvio. Tuttavia è da segnalare l'apertura di una forbice da gennaio a giugno 2008, dovuta all'aumento dei soggetti in terapia al servizio e al decremento segnalato per i pazienti affidati ai MMG.

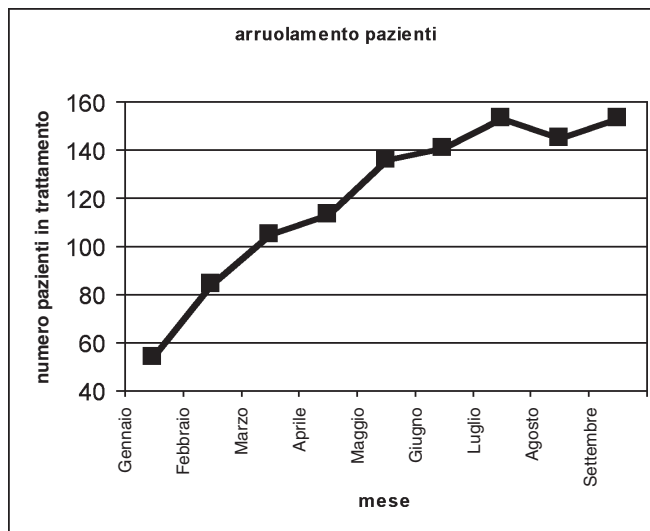
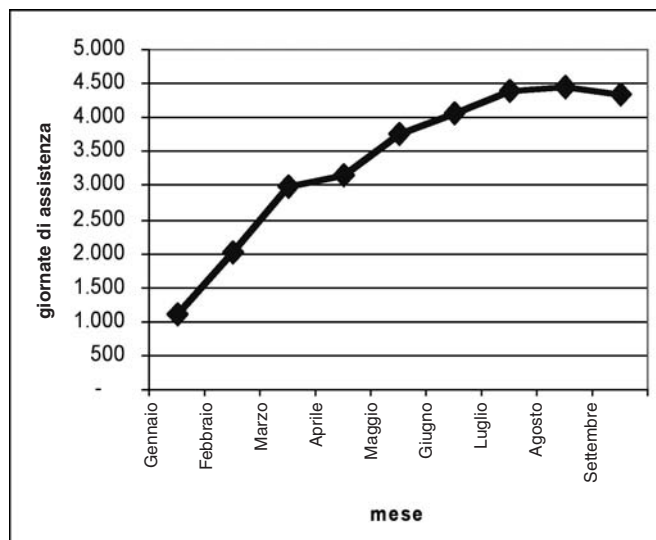
Nonostante questa lieve flessione, complessivamente l'obiettivo di aumentare il reclutamento di pazienti eleggibili al trattamento con metadone, anche attraverso il progetto di affido ai medici di MG, è stato raggiunto.

Sono stati arruolati 63 medici nel corso del primo anno del progetto e sono rimasti stabili nel tempo. Di questi 53 sono operativi con almeno un paziente in terapia (min 1 max 13 pazienti in terapia) media 3 pazienti per medico. 5 medici che prescrivono senza aderire al progetto.

Confrontando le due curve relative all'arruolamento dei pazienti e alle giornate di terapia, che hanno andamento sovrapponibile si evidenzia una buona compliance.

Al momento possiamo fare alcune riflessioni sulla efficacia del trattamento presso i MMG, usando come para-





metri la frequenza dei controlli, le positività osservate nel periodo della sperimentazione sia per oppiacei che per cocaina, gli eventi a rilievo penale, i ritorni in cura al Ser.T.

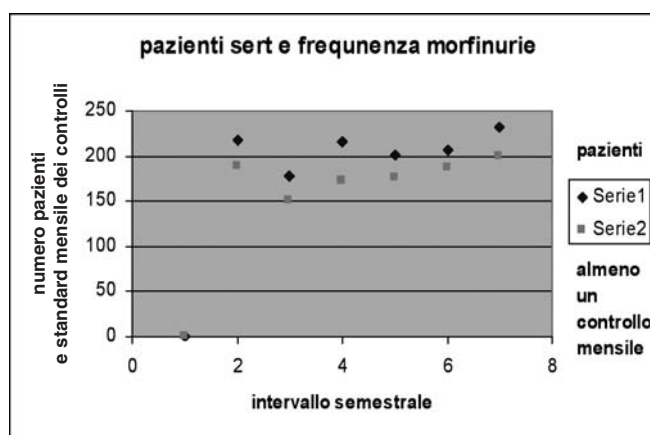
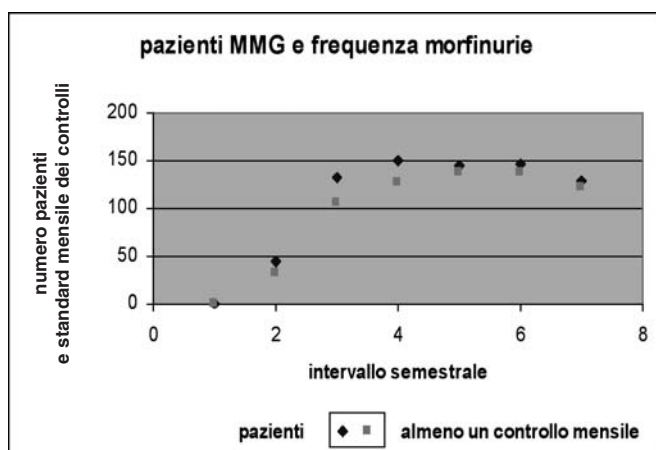
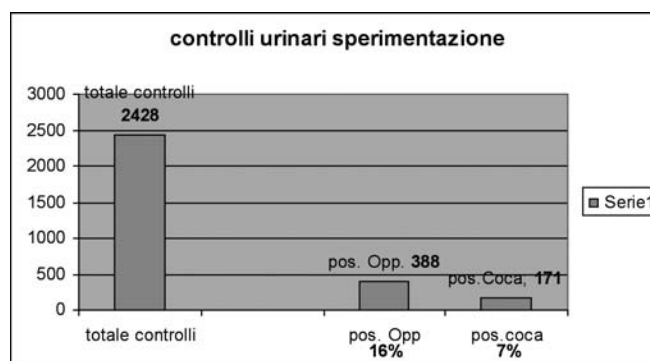
Il rispetto dello standard di frequenza controlli è buono, anche leggermente superiore a quello dei soggetti in cura al servizio, che in alcuni periodi stanno significativamente al di sotto dello standard mensile previsto. La differenza potrebbe dipendere dal fatto che probabilmente i soggetti affidati ai MMG sono almeno in parte selezionati per alcune caratteristiche (storia personale, durata del trattamento complessivo, affidabilità) che li rendono più rispettosi delle prescrizioni.

Il dato sulle positività dei controlli va analizzato con attenzione, tenendo presente che la frequenza mensile dei controlli è stata rispettata in buona parte.

Analizzando i singoli record risulta evidente che la maggior parte delle positività è generata da un numero limitato di soggetti (25 casi che hanno ciascuno da 3 a 8 positività per oppiacei in tutto il periodo della sperimentazione). Questo fa ritenere che sul totale dei soggetti ammessi alla sperimentazione, poco meno del 10% probabilmente non dispone di quei requisiti che lo rendono adatto all'affido e che controlli più ravvicinati sull'andamento dei trattamenti, potrebbero aiutare a migliorare.

Complessivamente si può affermare che gli obiettivi generali che hanno orientato il progetto in questi due anni di sperimentazione, se non totalmente raggiunti, sono tuttavia molto prossimi. Verosimilmente non si raggiungerà la quota di 200 soggetti stabilmente affidati ai MMG, ma forse questo indica anche un certo rigore e scrupolo da parte dei professionisti del servizio nell'attivare le procedure di affido, scrupolo che riteniamo indubbiamente vantaggioso, ai fini di salvaguardare il difficile processo di coinvolgimento dei MMG nella cura dei pazienti dipendenti da oppiacei.

Processo che si sta consolidando molto bene, senza flessioni e perdite di adesioni nel corso del tempo.



LE DETERMINAZIONI QUANTITATIVE DEL COSTO DI ASSISTENZA DEI PAZIENTI IN CARICO PRESSO I SERVIZI PER LE TOSSICO DIPENDENZE. IL CASO DEL SER.T DI PESCARA

di Pietro D'Egidio, *Direttore dell'U.O. Ser.T - ASL di Pescara*; Luca Ianni, *Docente a contratto di «Contabilità, Bilancio e Revisione delle Aziende Sanitarie», Corso di laurea in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torre-vecchia Teatina (Chieti)*; Massimo Sargiacomo, *Professore associato di Programmazione e controllo delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche, Facoltà di Scienze Manageriali, Università «G. D'Annunzio» di Chieti - Pescara. Presidente del Corso di laurea in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (Chieti)*

Notwithstanding the renewed interest in the role of National Health Service in the delivery of basic drug abuse treatment, these last years witness a paucity of empirical studies addressed to develop effective quantitative approaches to measure and determine the costs associated with the drug abuse treatments delivered by Health Care Businesses. Guided by typical empirical research method, this paper shows a methodological approach easily replicable in other Health Care Businesses, portraying, at the same time, the results recently got in the Pescara Health Business.

1. Introduzione

Pochissimi sono ancora i contributi della comunità scientifica nazionale con riferimento alle determinazioni quantitative del costo di assistenza dei pazienti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze. Molto perciò sembra ancora potersi dire intorno a questo tema relativamente al contesto specifico italiano, in cui le esperienze concrete sviluppate, seppur valide, mancano in tempi recenti di un'indagine empirica volta a delineare una possibile metodologia operativa, facilmente replicabile in altre aziende sanitarie e in diversi contesti regionali.

Dal punto di vista legislativo giova precisare che, di recente, gli obiettivi di salute del Sistema sanitario nazionale (Ssn) fissati dal Piano sanitario nazionale (Psn) 2006-2008 in riferimento alle dipendenze connesse a particolari stili di vita hanno fatto decollare una serie di azioni, volte per l'appunto a contrastare le conseguenze di quelle forme di dipendenze che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, in particolare il fumo di tabacco, l'abuso di alcool e l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Con riguardo allo specifico tema delle tossicodipendenze, l'offerta dei servizi assistenziali attualmente disponibile nel nostro Paese per tale settore consta di:

- 541 servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T);
- 1.230 strutture socio-riabilitative¹.

Considerate alcune criticità rilevabili all'interno di tale settore, come ad esempio, tra le altre, la difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa e la limitatezza delle informazioni fornite dal flusso informativo nazionale, attualmente limitato all'attività dei servizi pubblici, il Psn si è imposto il raggiungimento dei seguenti obiettivi, quali specifiche priorità:

- accrescere le conoscenze professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza con particolare riferimento a nuovi consumi e comorbilità psichiatrica;
- attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali ai fini epidemiologici e programmatici.

Invero, le problematiche legate alla tossicodipendenza sono molte e tutte da affrontare con grande professionalità e rigore scientifico. A partire dalla prevenzione degli usi e degli abusi patologici delle sostanze sino a pervenire al reinserimento del tossicodipendente nella società.

Al riguardo, gli interventi dei vari operatori impegnati direttamente nei Ser.T risultano innumerevoli e transitano anche attraverso la cura e la riabilitazione del paziente. Il fulcro di questo complesso sistema di azioni è rappresentato proprio da tale Servizio, che mette in atto e coordina le attività di prevenzione e di cura.

L'intervento del Ser.T sul paziente, e spesso anche sul nucleo familiare di appartenenza, comporta una ricaduta positiva sulla società nel suo insieme, poiché essa può meglio funzionare se il singolo cittadino che la compone gode di una buona salute fisica e mentale e se le sue azioni non sono dettate dal bisogno di procurarsi ossessivamente sostanze psicoattive, sotto l'effetto delle quali il comportamento del soggetto diventa imprevedibile e, talvolta, anche criminoso.

Le suddette attività si scontrano, purtroppo, in maniera stridente, con una limitata disponibilità di risorse finanziarie, facendo sorgere il ben noto *problema economico*²

ovvero, stante una condizione di risorse limitate ed una sempre più crescente domanda dei bisogni di prevenzione, cura ed assistenza dei soggetti che abusano di sostanze stupefacenti, è necessario dare alle risorse stesse un razionale impiego, attivando un meccanismo comportamentale virtuoso per cui la spesa possa essere allocata sulla base del criterio della responsabilità e della qualità, in modo da incanalare le risorse nei settori più bisognosi, in accordo al consueto imperativo «non spendere meno, ma spendere meglio».

Per fare ciò è necessario da una parte quantificare i riflessi economici dei molteplici processi che alimentano la gestione complessiva dei Ser.T e dall'altra computare il costo dell'assistenza dei pazienti in carico, in quanto punti di partenza per le successive valutazioni in termini di risorse e di benefici conseguibili, anche tramite idonei indicatori di efficienza, di efficacia e di *outcome* clinico. Tale determinazione quantitativa risulta estremamente complessa in quanto allo stato attuale, sebbene in alcune Regioni qualche operatore vi si stia già cimentando, non si è giunti ancora ad una proposta operativa pienamente condivisa né, tanto meno, è diffusa sul territorio nazionale l'adozione di una vera e propria contabilità analitica di settore, che avrebbe consentito di procedere a tali determinazioni in modo pressoché agevole incrementandone al tempo stesso l'affidabilità.

Pertanto, scopo del presente lavoro è di illustrare una possibile metodologia operativa volta alle determinazioni del costo di assistenza dell'U.O. Ser.T (Servizio tossicodipendenze) prendendo in considerazione in particolare il caso del Ser.T di Pescara.

In questo si è stati favoriti dall'ausilio del *software* (Proteus) utilizzato dallo stesso Ser.T che ha permesso, come successivamente descritto, di procedere ad alcune precise elaborazioni altrimenti non ottenibili se non a scapito della complessiva attendibilità delle informazioni risultanti, stimando altresì alcune voci di costo attraverso l'adozione del nuovo e più analitico sistema di rilevazione delle prestazioni nei servizi per le tossicodipendenze a livello ministeriale (Sind).

In particolare, stante il diverso grado di assorbimento delle risorse umane e strumentali richieste da pazienti in carico presso la struttura per le diverse terapie sostitutive (metadone, buprenorfina, ecc.), rispetto a quelli presso i Medici di medicina generale, ed anche in riferimento ad altre attività del Ser.T ad essi dedicate, i relativi oggetti di imputazione o di calcolo³ saranno costituiti dai seguenti gruppi di analisi:

- a. pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Metadone* presso il Ser.T;
- b. pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Metadone* presso i Medici di medicina generale (Mmg);
- c. pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Buprenorfina* presso il Ser.T;
- d. pazienti in carico collegati ad *altre attività* del Ser.T.

Pertanto, per ciascuno di essi sarà determinato il relativo costo di assistenza, oltre a taluni indicatori di sintesi economica, sulla base della metodologia descritta nel

proseguo del lavoro. Ciò si appalesa quale premessa fondamentale per l'attivazione di un sistema di valutazione di efficienza e di efficacia del settore, le cui risultanze assumono rilevanza inoppugnabile per migliorare, *in primis*, l'allocazione delle sempre più limitate risorse disponibili.

2. I Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T)

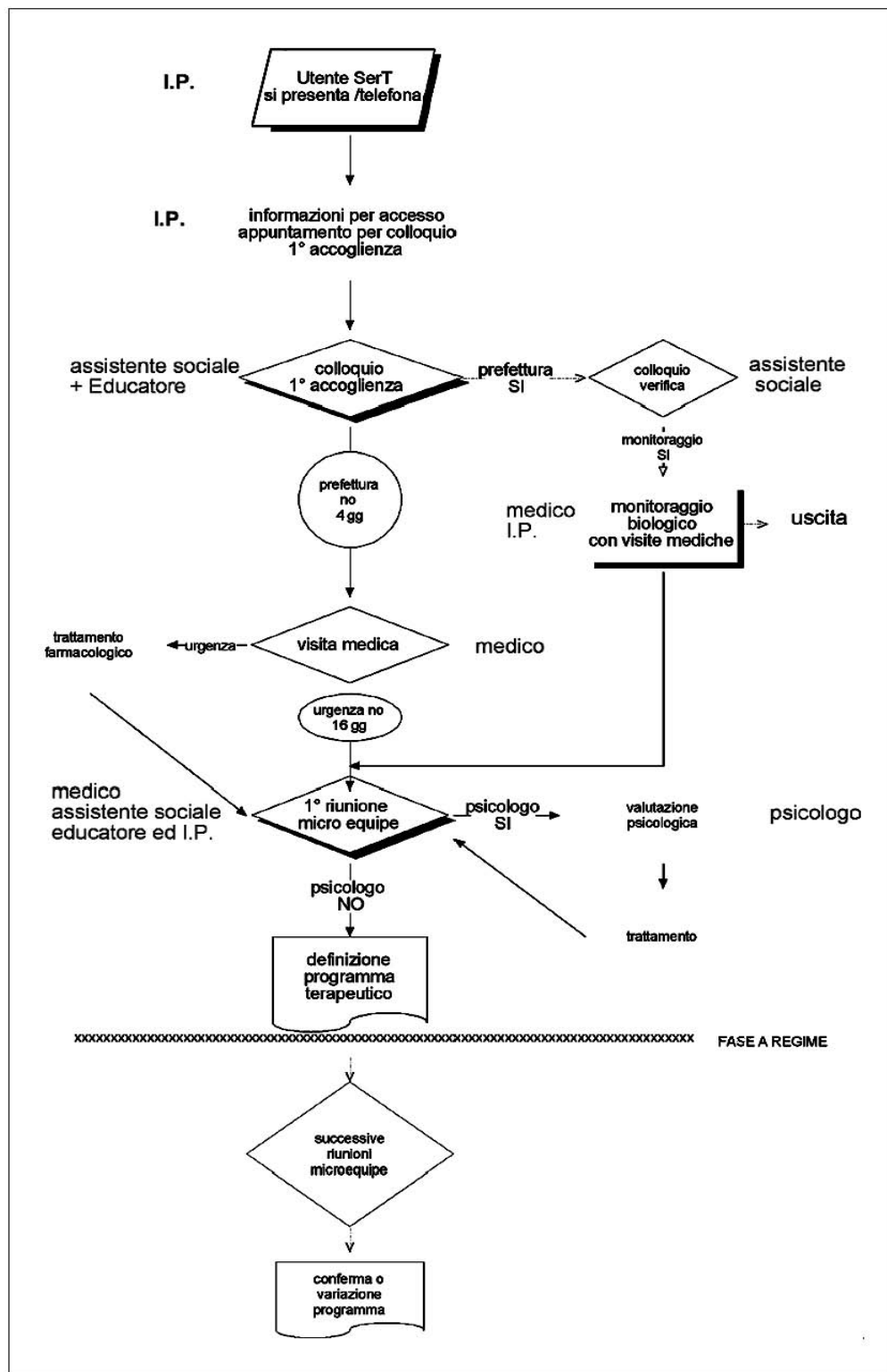
I Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) sono i servizi pubblici del Sistema sanitario nazionale dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive (droghe o alcool) che generano dipendenza. I Ser.T attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, operando anche a livello di informazione e prevenzione, particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione.

Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale e valutano periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

Pertanto, il Ser.T porta avanti un'attività multidisciplinare ed è strutturato in modo che la sua funzione si esplichi grazie all'attività, al coordinamento e alla cooperazione di diverse figure professionali: assistente sociale, medico, infermiere, psicologo, sociologo, educatore professionale. Operando secondo le disposizioni del D.M. 444/90, gli operatori si prendono cura del percorso di disassuefazione dalle sostanze e dell'*iter* riabilitativo, non tralasciando la valutazione dello stato medico generale, della situazione psichica e dell'ambiente sociale e familiare con il quale il paziente interagisce.

Il Ser.T valuta anche la possibilità di inserimento della persona in osservazione in idonee Comunità terapeutiche, cercando di venire incontro a un desiderio di ingresso nella struttura protetta manifestato dal paziente stesso o consigliando questa modalità di cura, quando o il singolo operatore o l'*équipe* di riferimento ne ravveda la necessità, o perlomeno l'opportunità, per quel paziente. Quando le attività del Servizio per le tossicodipendenze escono fuori dalla sede istituzionale, si indirizzano e si allargano nel territorio con una fattiva attività di prevenzione, attuata con particolare impegno nelle scuole o con la pubblicazione e la capillare distribuzione di materiale informativo visivo e cartaceo di facile fruizione e di brevi contenuti, comunque sufficienti a iniziare validamente la conoscenza del problema «tossicodipendenza». Questa sintesi delle attività svolte dal Ser.T dovrebbe rendere ben chiara la posizione di centralità di questa struttura nel farsi carico della divulgazione delle notizie riguardanti le sostanze stupefacenti e nel prendersi cura delle persone che con le sostanze stupefacenti hanno dovuto confrontarsi e lottare, ritrovandosi il più delle

Figura 1 – Schema operativo dei Ser.T (Fonte: Vannucci, Abati, Bozza, Mattiolo, Villani (2001), p. 33)



volte sconfitti. Il recupero di queste situazioni, che appaiono spesso disperate, comincia il giorno del loro incontro con gli operatori del Servizio per le tossicodipendenze.

In termini di processo, infatti, è possibile rappresentare un tipico schema operativo dei Ser.T che passa dall'accogliimento del paziente, alla sua presa in carico e fino al

suo inserimento nella fase di trattamento, come sintetizzato nella figura 1.

Con l'analisi di processo così schematizzata, unitamente allo studio e all'osservazione delle dinamiche operative del Ser.T di Pescara (si rinvia all'Appendice I per un breve *case-history* e la rappresentazione dei precipi descrittivi), si sono evidenziati i singoli «fattori produttivi» impie-

gati nella struttura ed i connessi elementi di costo espressione del loro impiego.

3. Il nuovo modello di rilevazione delle prestazioni dei Ser.T a livello ministeriale (Sind) quale supporto alla stima della densità prestazionale

Il nuovo modello di rilevazione delle attività, secondo la classificazione Sind, ha suddiviso le diverse prestazioni in 24 gruppi fondamentali cui ha raccolto le specifiche prestazionali (come evidenziato in dettaglio nell'Appendice II). L'attività clinico-assistenziale nei Ser.T è caratterizzata, infatti, da una particolare complessità, in quanto comporta numerosi aspetti che vanno da quello strettamente sanitario a quello sociale e di sostegno psicologico. Tale attività genera, quindi, una notevole quantità di prestazioni erogate, diverse per tipologia e per entità, che necessitano di una loro identificazione e standardizzazione⁴.

Da qui, la difficoltà di quantificarne ed analizzarne i costi in mancanza del principale indicatore di *output* da riferire a ciascuno oggetto di calcolo, ovvero il numero delle prestazioni ed i tempi di assistenza profusi dai vari operatori per i pazienti in carico.

Invero, per tutte le fonti di dati non ottenibili dal *software* Proteus utilizzato dal Ser.T di Pescara, si è dovuti procedere ad una stima del numero delle prestazioni elementari ottenute dall'applicazione di tale nuovo modello di rilevazione in una settimana-tipo (settimana standard) scelta tra quelle disponibili in funzione del carico medio dei pazienti nel periodo e proiettandone i dati su base annua per poi riferirli all'anno di osservazione (2006).

Considerando le presenze dei vari operatori, successivamente ci si è apprestati alla rilevazione secondo tale classificazione, dopo aver effettuato preliminarmente delle specifiche riunioni operative volte al «training» dei vari operatori sulla procedura di registrazione delle varie prestazioni.

Durante tale processo sono emerse alcune criticità, come ad esempio il vincolo delle postazioni informatiche disponibili, dato che ogni accesso per operatore deve risultare debitamente autenticato ed autorizzato, e l'impossibilità di avere a disposizione PC compatti ad uso personale per procedere alle registrazioni delle prestazioni anche in maniera estemporanea durante lo svolgimento della prestazione. A ciò si aggiunge la variabile tempo, poiché i vari operatori impegnati nella prevenzione, cura ed assistenza dei molteplici pazienti nel corso delle giornate della settimana-tipo hanno incontrato rilevanti difficoltà nel registrare le singole prestazioni secondo tale livello di dettaglio. Ciò nonostante la rilevazione ha fornito un dettaglio informativo sulle prestazioni altrimenti non ottenibile per mancanza di altri sistemi di rilevazione sostitutivi.

Nella **tabella 1** vengono riassunte per macro-gruppi le risultanze dell'avvenuta registrazione nella settimana-tipo del mese di settembre 2007.

4. La metodologia utilizzata nella determinazione del costo di assistenza dei gruppi di pazienti

La determinazione del costo di assistenza dei pazienti in

carico presso il Ser.T oggetto di analisi richiede la premessa di alcuni concetti introduttivi, ovvero la definizione di costo cui si fa riferimento e quale sia il modello utilizzato per la sua quantificazione, anche in relazione a ciò che concerne la configurazione di costo prescelta.

La grandezza economica del costo non è assolutamente da confondere con il concetto di spesa, che presenta una dimensione prettamente finanziaria e collegata ad un modello di gestione eminentemente burocratico, maggiormente attento agli atti o alle procedure amministrative rispetto all'aspetto economico e sociale delle operazioni svolte a favore dei vari utenti del servizio e, quindi, al merito ed al contenuto sostanziale delle stesse.

Il costo costituisce senz'altro un fenomeno dotato di un'ampia gamma di caratteristiche, dato che comprende ed investe elementi tecnici, economici e sociali, dal che derivano diverse definizioni, tra cui la più confacente, nell'ambito della contabilità dei costi (contabilità direzionale) e concordemente con la finalità di questa analisi, è quella secondo la quale il *costo* costituisce l'*espressione quantitativa del consumo di risorse umane e materiali necessarie per l'erogazione delle prestazioni ai vari pazienti in carico*.

Inoltre, nell'ambito delle varie configurazioni di costo⁵ possibili, si farà riferimento a quella incentrata sul calcolo del *costo di produzione dell'assistenza* dei pazienti compresi nei diversi gruppi d'analisi. Per procedere alla determinazione quantitativa verranno prese in considerazione le principali voci di costo, con esclusione di quelle non afferenti alla complessiva assistenza, non ripartiti pro-quota ai pazienti, ma ricongiunti per la determinazione del costo generale aziendale (**tabella 2**).

Giova precisare che le prestazioni effettuate dai singoli operatori saranno quelle primarie o prevalenti nell'ambito di quante effettivamente prestate, e verranno assunti come tempi di svolgimento dell'attività quelli medi desumibili dall'esperienza medico-clinica e delle normali prassi operative seguite dal Ser.T di Pescara.

Quanto al numero delle prestazioni, in mancanza di uno specifico dettaglio informativo nell'ambito dell'anno di osservazione (2006), verranno presi a riferimento, per alcune voci di costo, i dati della sperimentazione effettuata nella settimana-tipo proiettati a livello annuale e riferiti all'anno di osservazione.

Di seguito viene data descrizione del trattamento computistico delle singole voci economiche componenti il costo di assistenza ricercato, quale base altresì per il calcolo di alcuni indicatori utilizzabili per fini direzionali e di monitoraggio.

Si tenga presente che nella ripartizione delle prestazioni, soprattutto di quelle afferenti i singoli operatori, tra i vari gruppi di pazienti, quali oggetto di calcolo o di imputazione, verrà sempre rispettato il *principio causale*. Esso deve sempre sovrintendere qualsiasi determinazione quantitativa parziale di tipo economico, pena l'inattendibilità dell'informazione di costo⁶.

Si procede, ora, alla descrizione delle singole voci di costo ed alle loro modalità di determinazione.

Tabella 1 – Rilevazione IV settimana settembre 2007

Tipologia prestazione	Codice tipologia prestazione	N. prestazioni	N. prestazioni mensili (proiezione)	N. prestazioni anno 2007 (proiezione)
Attività telefonica	1	272	1088	13056
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2	62	248	2976
Attività di accompagnamento	3	0	0	0
Visite	4	122	488	5856
Colloqui	5	246	984	11808
Esami e procedure cliniche	6	486	1944	23328
Somministrazione farmaci e vaccini	7	2330	9320	111840
Interventi psicoterapeutici individuali	8	0	0	0
Interventi psicoterapeutici coppia	9	0	0	0
Interventi psico/socio/educativi di gruppo	10	0	0	0
Test psicologici	11	12	48	576
Attività di supporto generale al paziente	12	46	184	2208
Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	13	6	24	288
Prestazioni alberghiere	14	0	0	0
Prestazioni straordinarie di carattere economico	15	0	0	0
Prestazioni generali di prevenzione primaria	16	4	16	192
Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)	17	0	0	0
Riunioni organizzative dipartimentali	18	20	80	960
Partecipazione a commissioni, comitati esterni	19	0	0	0
Riunioni organizzative e metodologiche interne	20	20	80	960
Attività di coordinamento/di Rete	21	98	392	4704
Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)	22	16	64	768
Attività di formazione ed addestramento per operatori	23	34	136	1632
Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operatori	24	0	0	0
TOTALE		3.774	15.096	181.152

4.1. Consumi farmaci (metadone, buprenorfina)

Il costo per consumi dei farmaci è stato determinato considerando i consumi effettivi nell'anno 2006 in mg al suo prezzo unitario effettivo e considerando, per il gruppo pazienti Metadone Ser.T, un dosaggio medio giornaliero pari a 64 mg per complessive 80.868 giornate di trattamento e considerando che i pazienti in cura sono stati nel 2006 n. 612.

Per il gruppo pazienti Metadone Mmg, considerando i consumi effettivi nell'anno 2006 in mg al suo prezzo unitario presso le farmacie e con un dosaggio medio giornaliero di 58 mg per complessive 43.120 giornate di trattamento e considerando che i pazienti in affidamento sono stati pari a 200.

Da ultimo per il gruppo di analisi pazienti Buprenorfina⁷, anche in tale caso sono stati considerati i consumi effettivi nell'anno, con un dosaggio medio giornaliero pari a 10 mg, al suo prezzo unitario effettivo.

4.2. Costo esami periodici presso i laboratori di analisi per controllo valori urinari

Tale costo è stato determinato considerando il numero degli esami effettivamente svolti nell'anno 2006, come da rilevazione Proteus, ad un costo di laboratorio per esame stimato considerando € 3,30 a titolo di costi di-

rettamente imputabili alla prestazione e 3,95 a titolo di quota costi indiretti riferibili alle diverse prestazioni del laboratorio e pertanto per un totale complessivo di 7,25 ad esame tipologico.

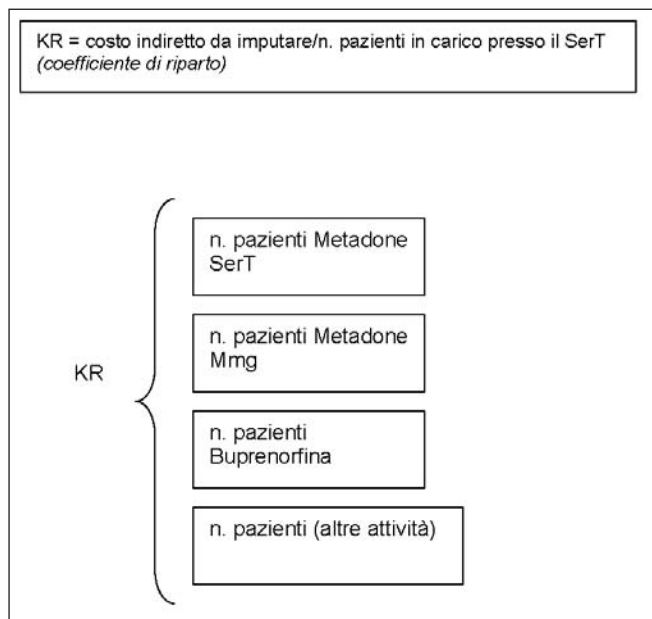
Tali esami sono risultati complessivamente per i vari gruppi di analisi qui di seguito riassunti:

- a. pazienti metadone Ser.T n. 9.097
- b. pazienti metadone Mmg n. 3.044
- c. pazienti buprenorfina n. 3.996

Tabella 2 – Elementi di costo

Consumi farmaco
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici
Costo somministrazione/affidamento farmaco
Costo raccolta urine controllata
Costo prelievi ematici
Counselling, lavoro di gruppo
Visita media specialistica
Intervento psicologico
Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente

Figura 2 – Imputazione costi



4.3. Costo esami periodici presso i laboratori di analisi per controllo ematici

Tale costo è stato determinato considerando il numero degli esami effettivamente svolti nell'anno 2006, come da rilevazione Proteus, per complessivi 324 ad un costo di laboratorio per esame tipologico stimato mediamente in € 100,00.

Trattasi di costi per i quali vi è stata l'impossibilità di un loro riferimento diretto a ciascun gruppo di pazienti. Pertanto, sono stati attribuiti in funzione del *driver* «numero pazienti in carico presso il Ser.T» attraverso un riparto proporzionale semplice diretto come riassunto nella figura 2.

Prima di addentrarci nella disamina delle altre voci di costo considerate nell'analisi, stante il fatto che la maggior parte di essi si riferiscono alle attività prestate dai singoli operatori, giova descrivere la linea metodologica seguita:

- sono state considerate le ore effettivamente lavorate dai vari operatori, ottenute in via extra-contabile dal servizio competente presso la Asl di Pescara;
- in tal modo sono stati calcolati i costi orari effettivi con i quali valorizzare le singole prestazioni effettuate per deduzione dal costo lordo aziendale;
- sono state altresì richieste, quindi, sempre per via extra-contabile, ai singoli operatori attraverso la compilazione di un'apposita matrice dati, specifiche informazioni sul loro carico di lavoro medio, in percentuale, sui vari gruppi di pazienti analizzati. Ciò è stato reso necessario per evitare, di ribaltare il costo delle prestazioni in misura tale da compromettere il rispetto del principio causale;
- le prestazioni sono state valorizzate in funzione dei costi orari effettivi medi per profilo professionale, data la diversità dei costi lordi aziendali all'interno del medesimo profilo (del medico, del sociologo, dello psicologo);

- sono stati individuati le tempistiche delle attività e gli operatori normalmente coinvolti nelle stesse riportando per ciascuno di essi le relative tempistiche e costi orari;
- sono stati determinati i giorni di presenza degli operatori considerando una settimana lavorativa di 5 giorni e il monte orario di 36 ore settimanali e quindi per un valore orario della giornata pari a 7,2 (chiaramente considerando tutti quegli operatori *full-time*).

A tale titolo si riportano per ciascun operatore le risultanze così ottenute (tabelle 3 e 4).

4.4. Costo somministrazione/affidamento farmaco

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti in tale processo, il loro costo orario effettivo medio, per quanto concerne il gruppo dei pazienti presso il Ser.T (terapia Metadone e Buprenorfina) e per quanto concerne il gruppo pazienti metadone presso i Mmg applicando al numero complessivo di ricette (n. 6.160) il costo per ricetta pari a € 15,00.

Per i pazienti in terapia al Ser.T il numero delle prestazioni complessive è risultato pari a 45.293, di cui 31.088 si riferiscono ai pazienti metadone Ser.T e 8.045 si riferiscono ai pazienti Buprenorfina, in termini di numero somministrazioni nell'anno 2006.

Si tenga presente inoltre che le giornate di trattamento dei pazienti metadone Mmg sono state pari a 43.120.

In sintesi, si può riportare con la figura 3 la notazione, esprime la metodologia di calcolo a cui ci si è riferiti.

4.5. Costo raccolta urine controllata

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo il loro costo orario effettivo medio, ripartito tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Il numero delle prestazioni complessive (21.312) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.6. Costo prelievi ematici

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo, n. 324 nell'anno 2006, il loro costo orario effettivo medio ripartito tra i vari oggetti di imputazione in funzione della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

4.7. *Counselling*, lavoro di gruppo

Si intende non soltanto il *counselling* propriamente detto ma anche tutti i tipi di colloquio (motivazionale, sociale, di orientamento, informativo). Per lavoro di gruppo, inve-

Tabella 3

Profilo	Costo medio orario per profilo	Giorni di presenza operatori	% assorbimento pazienti metadone SerT	% assorbimento pazienti metadone Mmg	% assorbimento pazienti buprenorfina	% assorbimento pazienti Altro
Amministrativo	17,65	233,39	1%	2%	1%	96%
Infermiere	21,74	220,34	45%	10%	35%	10%
Psicologo	51,34	207,11	35%	20%	25%	20%
Sociologo	45,73	145,48	0%	0%	0%	100%
Educatrice	20,19	219,49	30%	15%	15%	40%
Psicologo	51,34	230,62	10%	10%	10%	70%
Amministrativo	17,65	233,37	0%	0%	0%	100%
Medico	69,76	215,36	3%	10%	2%	85%
Medico	69,76	175,84	40%	40%	10%	10%
Sociologo	45,73	222,08	0%	0%	0%	100%
Infermiere	21,74	194,42	50%	30%	10%	10%
Psicologo	51,34	101,89	5%	2%	3%	90%
Medico	69,76	196,13	40%	10%	25%	25%
Assistente sociale	26,80	220,59	20%	10%	20%	50%
Assistente sanitario	29,23	162,70	30%	20%	20%	30%
Infermiere	21,74	132,01	50%	30%	10%	10%
Amministrativo	17,65	218,34	10%	10%	10%	70%
Medico	69,76	31,01	40%	10%	35%	15%
Infermiere	21,74	195,77	50%	30%	10%	10%
Amministrativo	17,65	217,51	0%	0%	0%	100%
Ausiliario socio sanitario	16,46	206,31	30%	30%	30%	10%
Amministrativo	17,65	206,06	0%	30%	0%	70%
Psicologo	51,34	198,83	30%	50%	20%	0%
Sociologo	45,73	227,27	10%	20%	10%	60%
Medico	69,76	190,24	40%	10%	20%	30%
Infermiere	21,74	55,35	50%	30%	10%	10%

ce, si intendono le attività espletate con la partecipazione di più operatori sia centrate su casi clinici che di altro tipo.

Il relativo costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo, il loro costo orario effettivo medio, ripartite tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Anche in tale circostanza il numero delle prestazioni complessive (11.808) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

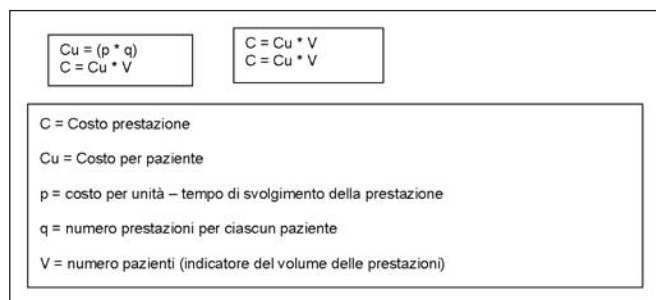
4.8. Visita media specialistica

Può essere di tipo tossicologica, psichiatrica, infettivologica, internistica, comprendendo nel costo anche l'assistenza farmaceutica. Il relativo costo risulta determinato applicando al numero di prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo il loro costo orario effettivo medio, ripartite tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti. Il numero delle prestazioni complessive (5.856) è stato stimato, ancora una volta, sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

Tabella 4

Prestazione prevalente	Minuti	Ore	Costo medio Profilo in min	Costo degli operatori per la prestazione
Trattamento farmacologico Operatore: MEDICO	5	0,083333	1,16	5,81
Trattamento farmacologico Operatore: INFERMIERE	5	0,083333	0,36	1,81
Trattamento farmacologico Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
Prelievi ematici Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
Prelievi ematici Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
Raccolta urine controllata Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
Raccolta urine controllata Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: MEDICO	10	0,166667	1,16	11,63
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: PSICOLOGO	10	0,166667	0,86	8,56
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: SOCIOLOGO	10	0,166667	0,76	7,62
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: ASSISTENTE SANITARIO	10	0,166667	0,49	4,87
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: ASSISTENTE SOCIALE	10	0,166667	0,45	4,47
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: EDUCATORE PROFESSIONALE	10	0,166667	0,34	3,37
Visita media specialistica Operatori: MEDICO ed INFERMIERE	60	1	1,52	91,50
Intervento psicologico Operatore: PSICOLOGO	60	1	0,86	51,34
Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente Operatori: ASSISTENTE SANITARIO, SOCIOLOGO, INFERMIERE, EDUCATORE, ASSISTENTE SOCIALE, MEDICO	60	1	0,59	35,58

Figura 3



4.9. Intervento psicologico

Riguarda sia il colloquio psicologico, sia la somministrazione e valutazione di test diagnostici, sia i vari tipi di psicoterapia come quella individuale, familiare di gruppo. Il relativo costo risulta determinato con il medesimo criterio descritto per la voce di costo precedente. Anche in questo caso il numero delle prestazioni (576) è stato stimato, in mancanza di specifica informazione, sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.10. Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente

Tale costo risulta determinato applicando la stessa metodologia seguita per le altre voci di costo collegate

all'attività degli operatori coinvolti nel dato processo operativo.

Il numero delle prestazioni complessive (2.208) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

Successivamente si riporta la sintesi economica delle determinazioni effettuate per la quantificazione dei costi di assistenza dei vari gruppi di pazienti, sia a livello di consumi, tempi medi (tabella 5), che per singola prestazione (tabella 6). Da ultimo, verrà presentato il totale del costo di assistenza ed il costo complessivo dell'U.O. presa in considerazione.

Come si rileva dalla tabella 7 di sintesi, il costo di assistenza all'interno della struttura Ser.T di Pescara, risulta pari a € 929.171,65, laddove considerando anche il costo esterno dell'assistenza dei pazienti inseriti nei programmi di comunità terapeutiche al costo per giornata di ricoveri pari a € 39,72 e per complessive 40.883 giornate, si ottiene un costo di produzione dell'U.O. per l'assistenza pari a € 2.553.044,41.

Inoltre, volendo ora riconciliare le altre informazioni al fine di determinare il costo generale aziendale dell'U.O. Ser.T oggetto di analisi, dapprima si è imputato il costo totale dell'attività amministrativa e successivamente quantificato il relativo costo che risulta pari a € 2.694.139,10.

Tabella 5 – Consumi, tempo medio, gg trattamento pazienti in terapia metadone presso il Ser.T, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il Ser.T per altre attività

Voce	Consumi/gg/tempo medio				Totale
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	5.204.366	2.512.585	343.714	–	8.060.665
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	9.097	3.044	3.996	–	16.137
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	159	52	48	65	324
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	31.088	6.160	8.045	–	45.293
Costo raccolta urine controllata (n.)	10.443	3.413	3.157	4.300	21.312
Costo prelievi ematici (n.)	159	52	48	65	324
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	5.786	1.891	1.749	2.382	11.808
Visita media specialistica (n.)	2.869	938	867	1.182	5.856
Intervento psicologico (n.)	282	92	85	116	576
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	1.082	354	327	445	2.208
Totale costi di assistenza interna alla U.O.					

Tabella 6 – Costo per prestazione sostenuto per pazienti in terapia metadone presso il Ser.T, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il Ser.T per altre attività

Voce	Consumi/gg/tempo medio				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	5.204.366	2.512.585	343.714	–	8.060.665
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	9.097	3.044	3.996	–	16.137
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	159	52	48	65	324
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	31.088	6.160	8.045	–	45.293
Costo raccolta urine controllata (n.)	10.443	3.413	3.157	4.300	21.312
Costo prelievi ematici (n.)	159	52	48	65	324
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	5.786	1.891	1.749	2.382	11.808
Visita media specialistica (n.)	2.869	938	867	1.182	5.856
Intervento psicologico (n.)	282	92	85	116	576
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	1.082	354	327	445	2.208
Totale costi di assistenza interna alla U.O.					

Per concludere, si riportano (tabelle 8, 9, 10, 11, 12, 13) alcuni indicatori, incentrati sul preliminare costo di assistenza dei pazienti in carico, utilizzabili per fini direzionali e di controllo dei costi e per la misura dell'economicità dell'ente.

5. Conclusioni

Dalle risultanze delle analisi seguenti possiamo stilare alcune considerazioni di sintesi.

In primo luogo, l'esigenza, stante uno stock di risorse sempre più limitate, vuoi per la contrazione dei trasferimenti ministeriali, e vuoi conseguentemente per la piena realizzazione del tanto auspicato federalismo introdotto con il decreto 56/2000, di sottoporre a valutazione i processi socio-sanitari nelle varie strutture pubbliche per poter realizzare gli obiettivi del Psn e rendere, come si è dianzi detto, il processo di allocazione di tali risorse secondo parametri non più legati alla mera popolazione ponderata, ma in funzione di parametri di efficienza, efficacia e di equilibrio economico. Da qui l'interesse anche dei Ministeri competenti per l'attivazione di nuovi flussi di rilevazione delle prestazioni, sempre più dettagliato ed analitico con il quale «rendicontare» e monitorare le prestazioni, ma non il costo sostenuto dalle strutture per l'assistenza ai vari pazienti in carico.

Pertanto, in secondo luogo, si è presentato una possibile metodologia operativa con la quale è possibile fornire una misurazione del costo di assistenza di un Ser.T (nel nostro caso prendendo a riferimento quello afferente

l'Asl di Pescara) a fronte di una limitata fonte di dati che al massimo vede la Contabilità generale quale unico riferimento possibile in moltissime regioni e quindi, manchevole di una contabilità analitico-gestionale che consenta di effettuare tali elaborazioni in maniera sistematica ed in fattivo collegamento con la CO.GE.

Invero, ciò potrebbe migliorare anche il calcolo dei costi in quanto si avrebbero a disposizione delle informazioni strutturate con le quali garantire l'attendibilità dell'informazione ed evitare quindi dispendiose elaborazioni extra-contabili.

In ciò si è stati aiutati in parte dal software evoluto in possesso del Ser.T di Pescara e dalla stima offertaci dall'adozione del modello Sind di rilevazioni delle prestazioni. Tutto ciò costituisce il precipuo passo per avviare un vero e proprio sistema di programmazione e controllo della gestione e di fattiva misurazione dei risultati. Solo l'attivazione a regime di un set di indicatori, sempre più puntuali e raffinati, volti all'analisi dell'economicità potrà consentire di misurare al meglio la performance dell'U.O., permettendo così di utilizzare tali risultanze anche per fini direzionali e per il controllo di gestione. Agendo in siffatta maniera i meccanismi operativi con i quali si assegnano gli obiettivi di prestazione e di economicità di sistema ai vari operatori potrebbero essere efficacemente evidenziati, consentendo altresì l'introduzione di meccanismi responsabilizzanti con i quali indirizzare gli sforzi di ciascuno verso gli obiettivi di fondo dell'Azienda sanitaria pubblica.

Tabella 7 – Costo complessivo sostenuto per pazienti in terapia metadone presso il Ser.T, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il Ser.T per altre attività, ed il calcolo del relativo costo aziendale dell’U.O. Ser.T dell’Asl di Pescara

Voce	Costo complessivo				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	57.248,03	125.629,25	101.911,20	–	284.788,48
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	65.953,25	22.069,00	28.971,00	–	116.993,25
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	15.875,74	5.188,15	4.799,04	6.537,07	32.400,00
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	66.588,19	92.400,00	9.214,42	–	168.202,61
Costo raccolta urine controllata (n.)	12.419,34	2.812,83	2.007,50	10.087,25	27.326,93
Costo prelievi ematici (n.)	188,81	42,76	30,52	153,35	415,44
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	60.789,32	13.768,05	9.826,18	49.374,35	133.757,91
Visita media specialistica (n.)	62.505,72	14.156,80	10.103,63	50.768,45	137.534,59
Intervento psicologico (n.)	3.449,42	781,25	557,58	2.801,69	7.589,94
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	9.163,31	2.075,38	1.481,19	7.442,63	20.162,52
Totale costi di assistenza interna alla U.O.	354.181,13	278.923,48	168.902,26	127.164,79	929.171,65
Costi per programmi di inserimento pazienti in comunità terapeutiche					1.623.872,76
Totale costo di produzione U.O. Sert	354.181,13	278.923,48	168.902,26	127.164,79	2.553.044,41
Attività amministrativa	3.104,08	11.851,95	3.104,08	123.034,57	141.094,69
Costo aziendale	357.285,21	290.775,43	172.006,34	250.199,36	2.694.139,10

Tabella 8 – Indicatori del costo "grezzo" delle risorse

<i>Costo globale grezzo al giorno</i>	CASS/gg operatività del periodo	2.545,68	Indica il costo totale grezzo medio di una giornata di lavoro di tutta l’U.O.
<i>Costo globale grezzo per soggetto assistito</i>	CASS/n. pazienti in carico	743,93	Indica il costo totale grezzo medio per soggetto in carico presso il SerT
<i>Costo globale grezzo per giornata di assistenza erogata</i>	CASS/gg TR	5,89	Indica il costo totale grezzo medio per giornata di assistenza erogata presso il SerT nel periodo osservato

Tabella 9 – Indicatori di costo delle prestazioni (per profilo professionale operatori)

<i>Indica il costo medio del personale per profilo professionale e per giornata di presenza presso l'U.O. nel periodo osservato. È un indicatore indiretto del costo delle prestazioni in quanto valuta la voce più influente per il costo delle prestazioni stesse, ma non costituisce il costo medio della prestazione. La sua evoluzione nel tempo, tuttavia, è un valido indicatore di efficienza delle prestazioni erogate al SerT.</i>		
<i>Costo medio del personale medico rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo medici/gg presenza medici	1.625,17
<i>Costo medio del sociologo rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo sociologi/gg presenza sociologi	987,87
<i>Costo medio dello psicologo rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo psicologi/gg presenza psicologi	1.478,46
<i>Costo medio infermieri rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo infermieri/gg presenza infermieri	782,66
<i>Costo medio educatore professionale rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo educatori/gg presenza educatori professionali	145,37
<i>Costo medio assistente sociale rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo assistenti sociali/gg presenza assistenti sociali	192,95
<i>Costo medio assistente ausiliario rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo assistenti ausiliari/gg presenza assistenti ausiliari	118,54

Tabella 11 – Indicatori di densità prestazionale

<i>Indica il numero medio dei giorni di trattamento per paziente nel periodo</i>		
<i>Tempo medio di trattamento del paziente METADONE SerT nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti metadone SerT in carico	132
<i>Tempo medio di trattamento del paziente METADONE Mmg nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti metadone Mmg in carico	216
<i>Tempo medio di trattamento del paziente BUPRENORFINA nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti Buprenorfina in carico	183

Tabella 12 – Indicatori di beneficio pr soggetto

<i>Indica la quantità di denaro sottratta al crimine unitaria per soggetto medio assistito</i>		
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone SerT</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone SerT	4.159,09
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone Mmg</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone Mmg	6.644,29
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Buprenorfina</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Buprenorfina	8.428,54

Tabella 13 – Rapporto costo-beneficio

Indica la quantità di denaro sottratta al crimine unitaria per soggetto medio assistito		
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone SerT</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone SerT	4.159,09
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone Mmg</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone Mmg	6.644,29
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Buprenorfina</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Buprenorfina	8.428,54

Note

1. Il numero delle strutture socio-riabilitative proviene dalla rilevazione operata dal Ministero dell'Interno e riflessa unitamente a quelle dei Ser.T nel Piano sanitario nazionale 2006-2008.
2. In riguardo all'insorgenza del problema economico Amaduzzi (1978, pp. 2-3) ha sottolineato che: «aspirare a raggiungere il rapporto più favorevole, nel corso del tempo, fra un piano di bisogni prescelti da soddisfare e un volume di mezzi di cui disporre, posto che i bisogni tendono ad evolversi ed i mezzi sono sempre necessariamente limitati. Il fondamento causale del problema economico dei vari soggetti è costituito appunto dalla limitatezza di gran parte dei beni, dei beni che sono per tale caratteristica beni economici, e dalla possibilità di destinare tali beni limitati a piani alternativi di bisogni da soddisfare.».
3. Per oggetto di imputazione si intende la grandezza a cui riferire il calcolo e l'analisi dei costi, potendo essere costituito da pazienti, gruppo di pazienti, prestazioni, fino ad arrivare all'intera U.O. Sembra quasi inutile sottolineare che, a seconda della dimensione e della tipologia dell'oggetto di determinazione, diversi saranno i costi direttamente riferibili a ciascuno di essi e quelli indiretti o comuni ai medesimi. Ad esempio a livello macro di U.O. tutti i costi saranno direttamente attribuibili in maniera oggettiva.
4. Per un approfondimento tematico, si veda tra gli altri, Serpelloni, Bosco, Bettero (2006).
5. Per configurazione di costo si indicano le tipologie di costi che si intendono addensare nell'aggregato, ovvero il contenuto che si intende dare al costo di produzione ricercato in termini di voci incluse nel calcolo. Tali configurazioni possono essere così richiamate:
 - a) *Costo variabile.* Figura di costo che presuppone la chiara separazione dei costi variabili, cioè di quelli che variano al variare della dimensione dell'oggetto di calcolo (nel nostro caso del numero dei pazienti nei vari gruppi), da quelli fissi, cioè di quelli che non variano al variare del volume di *output* (modello del *direct costing*), conside-

- rabili pertanto come meri costi di periodo o di struttura;
 - b) *Costo primo o diretto.* Deriva dalla somma di tutti quei costi riferibili in maniera oggettiva all'oggetto di imputazione, ovvero quelli nei quali sussiste una quantificabile relazione di consumo/assorbimento della risorsa rispetto all'*output*, senza alcun riferimento alla componente di costo indiretta, comune fra più oggetti;
 - c) *Costo di produzione.* Deriva dalla sommatoria di tutti i costi direttamente riferibili all'oggetto di analisi, con l'aggiunta di una quota, ragionevolmente attribuibile, di costi indiretti (modello *full costing* di produzione);
 - d) *Costo complessivo.* Trattasi di una configurazione di costo che include tutte le voci di costo dell'azienda, dipartimento, U.O., ovvero il costo di cui al punto precedente con l'aggiunta di una quota, ragionevolmente attribuibile di costi indiretti diversi da quelli di produzione (modello del *full costing*).
6. Trattasi del principio per il quale i costi devono essere imputati ai vari oggetti in maniera tale da riflettere la causa o determinante (*driver*) che ne ha provocato il sostenimento e per fare in modo che i suddetti costi riflettano il fabbisogno di risorse che ciascun gruppo di analisi esprime e richiede durante la gestione operativa del Ser.T.
 7. Giova chiarire, senza pretesa di approfondire, che la Buprenorfina costituisce molecola di sintesi utilizzata solo da qualche anno, a partire dal 2003, nelle terapie sostitutive in alternativa al metadone, da cui però diverge in particolare in termine di assorbimento sul paziente, anche sotto il profilo della posologia. Infatti, per via sub-linguale, può prevedere dosi iniziali singole giornaliere da 1-4 mg, fino ad un massimo di 32 mg al giorno rispetto a dosi giornaliere di metadone iniziali a partire, generalmente, da 30-40 mg fino ad un massimo di 120 mg. Da ultimo, è necessario rilevare che tale farmaco è sottratto al libero mercato e quindi non distribuibile presso le farmacie convenzionate.

Bibliografia

- AMADUZZI A. (1978), *L'azienda nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, Utet, Torino.
- APSLER R., HARDING W.M. (1991), *Cost-effectiveness Analysis of Drug Abuse Treatment: current status and recommendations for future research*, NIDA Drug Abuse service Research, series 1, National Institute on Drug Abuse, Washington, DC.
- ASPLER R., HARDING W.M. (1991), *Cost-Effectiveness Analysis of Drug Abuse Treatment: Current Status and Recommendation for Future Research*, NIDA Drug Abuse Service Research Series 1, National Institute on Drug Abuse, pp. 58-81, Washington, DC.
- BALL J.C., ROSS A. (1991), *The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs, services, and outcomes*, New York Springer-Verlag.
- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2005), *Principi e sistemi per amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRADLEY C.J., FRENCH M.T., RACHAL J.V. (1994), «Financing and cost of standard and enhanced methadone treatment», *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, pp. 443-442.
- BRUSA L. (2000), *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano.
- CARTWRIGHT W.S., KAPLE J.M. (1991), *Economic Costs, Cost effectiveness, Financing, and Community-Based Drug treatment*, Research monograph 113, DHHS Pub. No. (ADM) 91, 1823, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- CONTINI D. (1997), «L'analisi statistica delle storie individuali di utenti dei servizi per il recupero delle tossicodipendenze: considerazioni metodologiche», *Mecosan*, 22, pp. 7-21.
- D'EGIDIO P. (2002), «I costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze», *Mission*, 2.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazioni dei risultati*, Egea, Milano.
- FINIGAN M. (1996), *Societal Outcomes and Cost Savings of Drug and Alcohol and Drug Abuse Treatment in the State of Oregon*, Report of the Office of Alcohol and Drugs Abuse Programs, Oregon Department of Human Resources and the Governor's Council on Alcohol and Drug Abuse Programs.
- FRENCH M.T., BRADLEY B., CALINGAERT B., DENNIS M.L., KARUNTZOS G.T. (1994), «Cost Analysis of training of employment services in methadone treatment», *Evaluation and Program Planning*, 17, pp. 107-120.
- LOVASTE R., CAMIN E., LORENZIN G., GUARRERA G., FONTANA F. (2006), «Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze», *Mission*, 17, pp. 45-64.
- NAS T.F. (1996), *Cost-Benefit Analysis: Theory and Application*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- RAJKUMAR A.S., FRENCH M.T. (1996), *Drug Abuse, Crime Costs, and the Economic Benefits of Treatment*, Unpublished Manuscript, University of Maryland.
- SARGIACOMO M. (2003), *Comportamento manageriale e best practices nell'azienda Usl*, Giappichelli, Torino.
- SERPELLONI G., BOSCO O., BETTERO C. (2006), «Sistema per la valutazione dell'output in ambito territoriale: indicatori, tabelle SESIT di codifica delle prestazioni, software ed applicazione in pratica» in G. SERPELLONI, M. GOMMA (a cura di), *Analisi economica dei Dipartimenti delle Dipendenze. Prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati, Osservazione Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto*.
- TARRICONE R., CAVALLO M.C. (1996), «La valutazione del costo sociale delle malattie», *Mecosan*, 17, pp. 8-16.
- THOMPSON M.S. (1980), *Benefit-Cost Analysis for Program Evaluation*, Sage, Beverly Hills, CA.
- VANNUCCI A., ABATI R., BOZZA G., MATTIOLO G., VILLANI G. (2001), «L'Analisi dei Costi per Processo: un metodo per migliorare la qualità delle prestazioni e la loro efficienza operativa. Esperienza applicativa in un Servizio per le tossicodipendenze», *Boll. Farmacodip. e Alcoholis.*, XXIV (3).
- YATES B.T. (1985), «Cost effectiveness analysis and cost-benefit analysis: An introduction», *Behaviour Assessment*, 7, pp. 207-234.
- YATES B.T. (1995), «Cost-effectiveness analysis, costbenefit analysis, and beyond: Evolving models for the scientist - manager - practitioner», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, pp. 385-398.
- YATES B.T. (1996), *Analyzing Costs, Procedures, Processes, and Outcomes in Human Services*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- YATES B.T. (1999), *Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost Benefit for substance abuse treatment programs*, NIH Pub., August.
- ZANGRANDI A. (1985), *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- ZAVATTARO F. (1988), «Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse: il caso della sanità», in M. MENEGUZZO et al., *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, pp. 49-87.

Appendice I

**CASE-HISTORY
E PRECIPUI DESCRITTORI
DELL’U.O. SER.T DI PESCARA**

La struttura deputata all’assistenza ai tossicodipendenti della Asl di Pescara svolge la sua azione fin dall’anno 1982 nella sede di via Paolini, 68.

Il Ser.T si colloca in una palazzina di civile abitazione occupando 4 appartamenti dislocati su tre piani per complessivi 400 mq, ovvero:

- a. al primo piano è posta l’accoglienza;
- b. al secondo piano ci sono le sale per le terapie e per i prelievi;
- c. al terzo piano c’è la direzione, l’osservatorio epidemiologico, le strutture per il *counselling*.

Il servizio è dotato di attrezzature sufficienti, dispone di una rete intranet per la gestione delle attività del servizio tramite il *software* Proteus, e di un valido collegamento ad internet.

Il numero degli accessi quotidiani si colloca intorno alle 250 unità.

Quanto al numero dei pazienti, si tenga presente che mediamente dalla prefettura sono in carico circa 173 pazienti al 15 ottobre 2007 fermati dagli organi di poli-

zia competenti per abuso di sostanze stupefacenti e per ciascun paziente esiste un *case manager* indicato in un apposito registro.

Relativamente al personale impiegato nel Ser.T, risultano operative le seguenti figure professionali:

- 5 medici (di cui uno con l’incarico di direttore),
- 4 psicologi,
- 3 sociologi,
- 5 infermieri,
- 1 assistente sociale,
- 1 educatore,
- 1 assistente sanitario,
- 1 ausiliario,
- 5 amministrativi,

per complessive 26 unità di personale.

Punti di forza

- Operatori motivati e con grande esperienza;
- Capacità di risposte rapide;
- Struttura ad operatori molto radicati nella rete territoriale;
- Capacità di condivisione e di organizzazione in microequipe;
- Importante livello di autonomia professionale;
- Accreditamento di rilievo a livello regionale e nazionale;
- Struttura interna orientata al management e alla valutazione di processo e di risultato.

Tabella 14 – Quadro sinottico – Anno 2006

	Età	Nuovi ingressi		In carico/rientrati		Totale
		M	F	M	F	
	<15	0	0	0	0	0
	15-19	11	3	12	1	27
	20-24	48	4	74	6	132
	25-29	24	3	148	9	184
	30-34	21	3	183	27	234
	35-39	10	2	136	17	165
	>39	12	2	202	29	245
Totale pazienti		126	17	755	89	987
Totale appoggi		221	41			262
TOTALE GENERALE		347	58			1249

Obiettivi di sviluppo

- Attivazione sul proprio territorio di almeno altri 3 Ser.T;
- Trasferimento della sede nella struttura già prevista;
- Attribuzione di un incarico di struttura semplice per l'area di attività «Terapie»;
- Ridefinizione di tutta la struttura di riferimento aziendale per le Dipendenze in Dipartimento secondo le modalità già suggerite e condivise con l'Agenzia per i Servizi sanitari regionale.

In merito ad alcune caratteristiche dimensionali del Ser.T è possibile fornire il quadro sinottico relativo all'anno 2006, preso a base della nostra analisi (tabella 14, figura 4).

Per quanto concerne, invece, i programmi in comunità terapeutiche la tabella 15 offre la rappresentazione del *trend* degli ultimi cinque anni, al cui interno si rinvergono anche i pazienti in affidamento, la durata media dei ricoveri, le giornate di ricovero, ed altre informazioni di sintesi.

Figura 4 – Quadro sinottico - Anno 2006

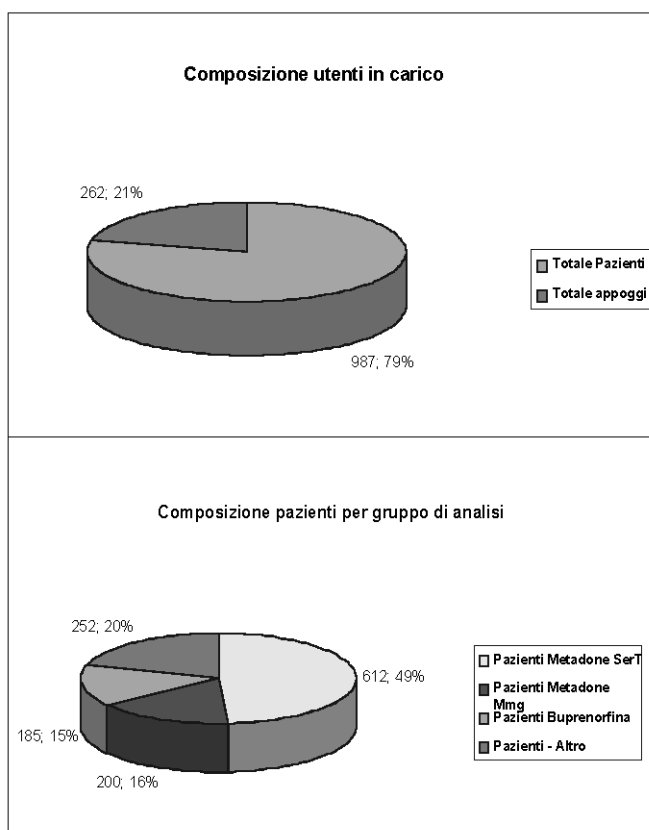


Tabella 15

Periodo di permanenza	2002	2003	2004	2005	2006
Totale giorni del periodo	365	365	366	365	365
Totale pazienti nel periodo	222	192	169	200	214
Totale giorni di ricovero nel periodo	42.015	36.650	29.869	37.770	40.883
Media giornaliera ricoveri	115	100	82	104	112
Durata media ricoveri	189	191	177	189	191
Durata mediana ricoveri	167	194	146	184	185
Costo totale a carico dell'Azienda in €	1.515.688	1.338.874	1.156.120	1.431.801	1.623.873
Costo medio per giorno di ricovero	36,07	36,53	38,71	37,91	39,72

Appendice II

**IL NUOVO MODELLO
DI RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI
PER I SERT SISTEMA INFORMATIVO
DELLE DIPENDENZE (SIND)**

- 01 **Attività telefonica**
- 001 Informazioni specifiche di prevenzione ed informazioni per esecuzione test clinici
- 002 *Counselling* telefonico (psicologico, medico, sociale ecc.)
- 003 Management clinico telefonico di paziente (utente già conosciuto/in carico; compresi contatti con terzi per la gestione del paziente e colloqui telefonici con familiari)
- 004 Altre attività non previste

- 02 **Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni**
- 005 Relazioni scritte sul singolo caso clinico: per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.
- 006 Prescrizione esami/ricetta/copia esami/esenzione ticket
- 007 Altre attività non previste

- 03 **Attività di accompagnamento**
- 008 Accompagnamento alle strutture di diagnosi e cure
- 009 Altre attività non previste

- 04 **Visite**
- 010 Visita medica specialistica (1° visita)
- 013 Visita medica (controllo)
- 014 Valutazione IP (*assessment/triage*)
- 015 Visita psichiatrica (completa di esame obiettivo)
- 016 Visita in consulenza esterna
- 018 Altre attività non previste

- 05 **Colloqui**
- 019 Colloquio psichiatrico (1° colloquio senza esame obiettivo)
- 020 Colloquio psicologico-clinico (*counselling*, pre-test, post-test,...)
- 021 Colloquio per management clinico del paziente
- 022 Colloquio di consulenza a familiari
- 023 Colloquio psichiatrico (controllo senza esame obiettivo)
- 024 Colloquio informativo
- 025 Colloqui di assistenza sociale (comprende valutazione, *counselling*, sostegno e riabilitazione)
- 026 Colloquio con minore al seguito di utente in struttura
- 027 Colloquio socio-educativo motivazionale

- 029 Altre attività non previste

- 06 **Esami e procedure cliniche**
- 030 Prelievo venoso in ambulatorio
- 033 Raccolta urine per esame
- 036 ECG
- 039 Iniezione endovenosa
- 043 Medicazione di ferita
- 046 Iniezione intramuscolo
- 047 Esecuzione test per sostanze stupefacenti su urine
- 048 Raccolta/invio materiali biologici
- 049 Raccolta campione per test di gravidanza su urine
- 052 Altre attività non previste

- 07 **Somministrazione farmaci e vaccini**
- 053 Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)
- 054 Consegna/affidamento terapia orale
- 056 Vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post
- 057 Altre attività non previste

- 08 **Interventi psicoterapeutici individuali**
- 058 Psicoterapia individuate (per seduta)
- 059 Altre attività non previste

- 09 **Interventi psicoterapeutici coppia**
- 060 Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare
- 061 Altre attività non previste

- 10 **Interventi psico/socio/educativi di gruppo**
- 062 Psicoterapia di gruppo (ristretto, allargato, familiare, multi familiare ecc.)
- 063 Supervisione del gruppo/formazione operatori
- 065 Altri interventi di gruppo
- 066 Altre attività non previste

- 11 **Test psicologici**
- 067 Somministrazione/valutazione di test proiettivi e della *personality*
- 073 Somministrazione/valutazione di questionari (generico)
- 074 Interviste strutturate e semistrutturate
- 075 Test di valutazione della *disability* sociale
- 076 Altre attività non previste

- 12 **Attività di supporto generale al paziente**
- 077 Accompagnamento utenti fuori dalla struttura (residenziale o semiresidenziale)
- 078 Intervento di segretariato sociale (gestione pratiche ecc.)

079	Processo di accettazione del paziente	(prevenzione secondaria)
080	Assistenza IP al medico della struttura	110 Altre attività non previste
081	Assistenza IP al consulente specialista	
082	Attività educativo/formative	
083	Altre attività non previste	
13	Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	18 Riunioni organizzative dipartimentali
084	Stesura progetto e negoziazione concordati con l'utente e con la sua famiglia	111 Riunione ristretta (es. con Direzione)
085	Riunione per caso clinico	112 Riunione gruppo di lavoro allargato
086	Altre attività non previste	113 Riunioni con enti in interno
		114 Riunioni con enti in esterno
		115 Altre attività non previste
14	Prestazioni alberghiere	19 Partecipazione a commissioni, comitati esterni
087	Fornitura alloggio e utilità relative all'assistenza alberghiera	116 Riunioni con commissioni, comitati in esterno
088	Fornitura pasti	117 Altre attività non previste
089	Altre attività non previste	
15	Prestazioni straordinarie di carattere economico	20 Riunioni organizzativo/metodologiche interne
090	Erogazione di beni e servizi	118 Riunioni interne
091	Altre attività non previste	119 Altre attività non previste
16	Prestazioni generali di prevenzione primaria	21 Attività di Coordinamento/di Rete
092	Interventi sul territorio (scuole, CIC, parrocchie, circoscrizioni, manifestazioni, su gruppi ecc.)	120 Comunità Terapeutiche (interventi di verifica/monitoraggio programmi persone in trattamento)
093	Stesura di relazioni scritte	121 Attività di coordinamento generale/di rete effettuate con le organizzazioni significative (enti, agenzie, gruppi ecc.)
094	Coordinamento progetti specifici	122 Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza
095	Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)	123 Altre attività non previste
096	Intervento ambientale a tema (grande gruppo)	
097	Incontro operativo (informativo e/o di programmazione)	22 Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)
098	Collaborazione ad eventi specifici	124 Attività di ricerca
099	Conferenza/seminario/tavola rotonda	125 Altre attività non previste
100	Conduzione di gruppi (monitoraggio, supporto a progettazione, ecc.)	
101	Gestione stand informativo	23 Attività di formazione ed addestramento per operatori
102	Produzione di materiali informativi	126 Formazione come docente
104	Altre attività non previste	127 Formazione come discente
		128 Altre attività non previste
17	Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)	24 Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operativa
106	Distribuzione/scambio profilattici	129 Rapporti/relazioni attività della struttura
108	Distribuzione vestiario	
109	Informazione/addestramento per abilità preventive	

NORME EDITORIALI

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a: Redazione Mecosan CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23

-20135 Milano La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12 La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano. BRUNETTI G. (1979), Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate, Milano: Franco Angeli.

Publicazioni con pi_ autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), Accounting and Management: Field Study Perspectives, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), Technology and Productivity: the Uneasy Alliance, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», Azienda pubblica, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), Principle of corporate Governance, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.