

27/2008
Anno VII - III trimestre
Sommar

Editoriale. Una nuova scommessa
per i dipartimenti delle dipendenze 1

AREA CLINICA

Curarsi dal tabagismo utilizzando
il servizio sanitario territoriale
*Alessandro Vegliach, Rosanna Ciarfeo-Purich,
Riccardo Tominz, Salvatore Ticali* 7

Dalla cocaina al paziente.
Strategie integrate di cura
Marilena Tettamanzi, Alfio Lucchini 11

DOCUMENTI

Raccomandazione civica
sulle tossicodipendenze
*Realizzata da Cittadinanzattiva - Tribunale
per i diritti del malato in collaborazione
con FeDerSerD, FIMMG, LILA, Legacoop* 18

ALTA INTEGRAZIONE

Nasce "Addiction Center"
Centro Clinico per dipendenti
da cocaina e policonsumatori 37

AREA MANAGEMENT

La qualità e la responsabilità professionale
nei processi operativi
Nicola Silvestri 38

DIBATTITO

Tossicomania: vizio o malattia?
(e nel caso, che tipo di malattia?)
Giuseppe Marras 43

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea
Spunti per un confronto.
Dalla velocità alla simultaneità, passaggi
dal Novecento ad oggi
Giorgio Boatti (Biella, 23 aprile 2009) 5

NOTIZIE IN BREVE 4, 41, 49, 51, 59

RECENSIONI 41, 52, 57

SPIGOLATURE 51

FeDerSerD/FORMAZIONE 57, 58

FeDerSerD/DALLE REGIONI 59

FrancoAngeli

Mission

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



Una nuova scommessa per i dipartimenti delle dipendenze

L'indagine sulla popolazione generale eseguita nel biennio 2007-2008 dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR-IFC), su un gruppo di soggetti di età compresa tra 15-64 anni, ha evidenziato che i consumatori di eroina con uso frequente sono lo 0,1% della popolazione esaminata.

Lo 0,72% della popolazione esaminata ha usato cocaina negli ultimi 30 giorni, il 6,9% ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni e l'1,34% la usa frequentemente, lo 0,24% ha utilizzato stimolanti negli ultimi 30 giorni mentre lo 0,04% della popolazione li utilizza frequentemente.

Complessivamente sono stimati in Italia 385.000 tossicodipendenti, pari ad un tasso di 9,8 soggetti/1000 residenti di età 15-64 anni (*Relazione Annuale al Parlamento 2008*). Secondo il Rapporto *Eurispes 2007* il 70% della popolazione generale adulta (circa 30 milioni di persone) gioca o ha giocato ad un gioco d'azzardo, mentre secondo i dati della rilevazione *IPSAD 2008* sarebbero 15 milioni le persone, ovvero il 40% della popolazione adulta, che hanno giocato almeno una volta nella vita.

La prevalenza dei giocatori patologici nella popolazione generale adulta varia tra 1% e 3% ovvero da 300.000 a 900.000 persone, e secondo i dati *IPSAD 2008* il rischio di sviluppare dipendenza da gioco d'azzardo riguarderebbe circa tre milioni di giocatori. Su un campione di 2.971 giovani (13-21 anni) la prevalenza di giocatori problematici risulta del 5,1% (*SIIPAC 2006*) mentre la ricerca *ESPAD 2008* indica nello 0,4% il profilo di rischio problematico per i giovani studenti giocatori.

I tassi di prevalenza nella vita di GAP tra i soggetti dipendenti da sostanze risultano del 22% per gioco problematico e 11% per gioco patologico (*Shaffer, 2002*), in Italia le poche ricerche parziali indicano valori più o meno analoghi.

Pur riconoscendo che le differenze nelle stime di prevalenza evidenziano ancora degli ampi margini di incertezza, tuttavia dobbiamo ammettere che i numeri indicano una tendenza chiara, e che la dimensione del gioco problematico e patologico supera di lunga la dimensione quantitativa delle patologie da addiction chimica.

- La Residenzialità Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica, di G. Cerizza, M. Cibir, I. Hinnenthal, M.P. Ranalletti, E. Dondi, G. Vittadini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno I, n. 3

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO VII, 2008 - N. 27

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Paola Aiello, Giancarlo Ardissona, Roberta Balestra, Giuseppe Barletta, Marcellina Bianco, Emanuele Bignamini, Claudia Carnino, Alessandro Coacci, Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Guido Faillace, Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava, Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717
missiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,
S. Giuliano Milanese (Mi)

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 Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 18 ottobre 2009

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

Lo scopo di questo scritto non è di analizzare le affinità del gioco patologico con altri comportamenti di addiction, né di affrontare le numerose questioni relative all'inquadramento nosografico, ai profili diagnostici, alle misure di valutazione della prevalenza, tutte questioni per le quali si rimanda alla ormai abbondante letteratura sulla materia.

Scopo di questa analisi è di provare a tracciare scenari di probabile sviluppo delle patologie da gioco nel nostro paese, cercando di evidenziare il prevedibile impatto sui servizi e individuare strategie di fronteggiamento di questo fenomeno.

Sono di estremo interesse i dati che l'Amministrazione dei Monopoli (AAMS) fornisce periodicamente, per capire quanto il fenomeno del gioco sia in espansione nel nostro paese, e come i modelli culturali del gioco stiano rapidamente cambiando, anche grazie alle politiche molto attive di marketing, sempre alla ricerca di nuove suggestioni che allarghino la platea dei potenziali clienti.

La raccolta di denaro giocato nei diversi dispositivi legali, dei primi otto mesi del 2009 (34.937 milioni di euro) descrive un trend incrementale (+14,04%) rispetto al medesimo periodo 2008 (30.635 milioni di euro) ed è utile osservare il peso relativo delle varie forme di gioco che concorrono al fatturato complessivo.

Incidenza dei singoli comparti di gioco sul totale della raccolta 2009

Slot	44,97%
Superenalotto	14,85%
Lotterie	14,33%
Scommesse sportive	9%
Giochi di abilità	4%
Altri giochi	13%

Un altro dato interessante riguarda il gioco telematico, ovvero tutti quei sistemi di gioco che possono essere effettuati on line.

I giochi disponibili per via telematica sono i seguenti:

- giochi di abilità (poker nella versione texana) operativi dal 2 settembre 2008, rappresentano attualmente il 65% della quota di mercato on line e sono passati dai 18.000.000 € giocati ad ottobre 2008 ai 200.000.000 € giocati a maggio del 2009 per un totale complessivo di 1.4000.000.000 € ad agosto 2009;
- scommesse sportive a quota fissa e le scommesse ippiche rappresentano il 30% del mercato;
- lotterie istantanee ("Gratta e vinci");
- ippica nazionale e internazionale, operativa dal 4 marzo 2008
- concorsi pronostici ("Totocalcio", "il9" e "Totogol") e scommesse a totalizzatore ("Big Match" e "Big Race"), operativi dal 5 marzo 2008;
- SuperEnalotto, operativo dal 2 luglio 2009.

A completamento di questa sintetica rassegna, è bene ricordare che nel provvedimento legislativo in favore della ricostruzione dell'Abruzzo, i giochi rappresentano una significativa voce di entrata a sostegno delle zone terremotate, e costituiscono un'ulteriore e decisiva spinta verso la più ampia e definitiva liberalizzazione del gioco d'azzardo.

L'art. 12 che contiene le disposizioni di carattere fiscale e di copertura finanziaria, prevede 500 milioni l'anno per i prossimi tre anni.

Il decreto ridisegna in parte il settore dei giochi.

Ai Monopoli di Stato (AAMS) è data ampia iniziativa: potranno emanare nuovi "Gratta e vinci" a sostegno dell'Abruzzo (un primo tagliando, chiamato "Gratta Quiz", è già in circolazione), adottare nuove modalità di gioco per il SuperEnalotto e ulteriori estrazioni per il Lotto.

Toccato anche il nuovo fenomeno del poker online, con l'introduzione della modalità non a torneo, finora proibita.

In sostanza, ci si potrà sedere a un tavolo virtuale e giocare cash contro altri giocatori, senza troppe limitazioni.

Ma le entrate più sostanziose dovrebbero venire dalle cosiddette videolottery.

Si tratta di slot di nuova generazione, capaci di erogare vincite fino a 2 milioni di euro (le attuali arrivano a 100 euro).

Gli apparecchi dovranno restituire in vincite non meno dell'85% delle somme giocate e dovranno essere sottoposti a un prelievo fiscale non superiore al 4%, contro il 12,6% previsto per le normali new slot.

Questo è dunque il quadro che ci presenta alla data odierna: un paese che ha nelle sue disponibilità un numero enorme di giochi d'azzardo possibili, con diverse modalità, tale da soddisfare ogni tipo di clientela.

Diventeranno più dei trenta milioni attuali, gli italiani che giocano?

Non è dato sapere, quello che invece è importante osservare non è soltanto il numero complessivo dei giocatori, quanto la possibilità che un certo numero di essi sviluppi problemi legati a modalità eccessive di gioco, ed è evidente che più la platea è ampia più le probabilità che i soggetti a rischio aumentino è elevata, anche in relazione alle tipologie di giochi preferiti.

Il fatto che la quota di gran lunga più rilevante del fatturato, quasi il 50%, sia legata alle slot machine, notoriamente il tipo di gioco a ciclo più rapido che esista, e quindi con un elevato potere additivo, costituisce indubbiamente segnale di una tendenza consolidata alla affezione problematica a queste tipologie.

Così pure l'estensione delle modalità di gioco on line a numerosi tipi di gioco che fino ad ora erano disponibili solo presso i gestori periferici, sta allargando la platea degli utenti virtuali, grazie anche ad una massiccia azione di marketing promozionale.

È dunque legittimo attendersi un aumento del numero di persone che giocano d'azzardo, e fra esse il corrispondente aumento di coloro che lo fanno in modo problematico o patologico, ma anche volendosi augurare che il fenomeno rimanga contenuto, sono di per sé sufficienti i numeri attuali per concludere che la maggior parte delle persone afflitte da problemi di gioco anche gravi, non hanno a disposizione strumenti e servizi adeguati, in numero e qualità sufficiente, ad aiutarli a risolvere le difficoltà indotte da modalità eccessive di gioco. Esula dallo scopo di questo articolo, sia descrivere le caratteristiche del giocatore patologico con tutte le varie implicazioni di ordine personale, relazionale, sociale, lavorative, legali che possono generare la richiesta di trattamento, sia entrare nel merito delle caratteristiche che devono avere i servizi di assistenza e cura.

Tale aspetti saranno trattati in successivi lavori che pubblicheremo sui prossimi numeri della rivista.

Per il momento ci limitiamo a fare il raffronto tra la potenziale domanda di assistenza, alla luce di quegli indicatori di evoluzione e sviluppo prima considerati, e le reali possibilità che tale assistenza sia erogata in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Il progetto sul gioco, finanziato dal ministero nella scorsa legislatura e coordinato dalla Regione Piemonte, ha consentito di effettuare una prima mappatura dei servizi che hanno dichiarato di svolgere attività specifica per i giocatori.

Il numero rilevato dalla inchiesta è 230, ovvero meno della metà dei Ser.T. nazionali.

Pur tenendo conto che, per diverse ragioni non sia stato possibile raccogliere tutte le informazioni necessarie, e quindi il numero effettivo possa anche essere superiore, resta il fatto evidente che l'offerta di cura non è così estesa ed omogenea come l'entità del fenomeno richiederebbe.

Ancora meno sono gli elementi disponibili per tracciare un profilo di qualità ed omogeneità dei trattamenti, che potrebbero essere differenziati ed eterogenei.

Ad aggravare la situazione è anche la mancanza di riconoscimento della natura della patologia, che non è inclusa nei livelli essenziali di assistenza, e determina tortuosità amministrative e di controllo di gestione che certamente non facilitano l'attitudine professionale fortunatamente diffusa, a farsi carico anche di forme di sofferenza non riconosciute né tariffate come malattia.

Come è possibile dunque, che i servizi, già pesantemente oberati da un numero elevatissimo di pazienti affetti da addiction chimiche, possano affrontare con risorse e competenze adeguate anche questo ulteriore carico di potenziali pazienti.

Da anni ormai vengono reiterate le richieste di utilizzare almeno in parte una quota di profitti derivanti dalla tassazione dei giochi, per sostenere e sviluppare i servizi di assistenza e cura, ma come è ben noto, queste cospicue risorse vengono regolarmente destinate a coprire altri buchi di bilancio.

Recentemente tuttavia ci sono segnali incoraggianti da parte dei concessionari di gioco, preoccupati delle possibili derive e dall'allarme sociale connesso all'utilizzo poco responsabile dei giochi da loro stessi prodotti.

Sensibilità etica, preoccupazione che l'uso eccessivo del gioco e le sue derive patologiche possano compromettere l'immagine sociale di impresa, necessità di bilanciare con forme regolatorie più severe le espansioni del gioco compulsivo, necessità di conoscere ed esercitare possibilmente un controllo sugli effetti dannosi del gioco eccessivo, sono gli elementi che stanno inducendo alcuni concessionari di gioco, a sviluppare strategie di intervento congiunte con il settore delle dipendenze patologiche.

La nostra Federazione ha recentemente stretto un accordo con Lottomatica Group la maggiore holding del gioco in Italia e a livello internazionale, per la realizzazione di una help line e un sito web, denominata "**giocaresponsabile**" che a partire da novembre fornirà assistenza e orientamento per 12 ore giornaliere tutti i giorni della settimana alle persone che hanno problemi connessi al gioco, siano essi i diretti interessati piuttosto che familiari o amici.

Al team di psicologi che gestisce il front office è affiancato uno staff di consulenti (psichiatra, psicoterapeuta, legale) per trattare gli aspetti specifici connessi alle problematiche generate dal gioco eccessivo.

Verosimilmente questo servizio, che ha nella mission anche il fatto di orientare le persone, se le condizioni lo richiedono, ai luoghi di assistenza e trattamento in base alla provenienza territoriale degli utenti, produrrà un aumento della domanda di cura ai servizi e forse anche una maggiore selettività delle richieste.

Alcuni servizi pubblici, soprattutto in alcune aree del paese, sono già attrezzati con spazi e personale appositamente dedicato, altri e sono la maggior parte, trattano le patologie connesse al gambling negli stessi spazi delle altre addiction a volte con professionisti espressamente dedicati, a volte no, altri servizi ancora non hanno affrontato in maniera formale il tema del gambling.

Le ragioni di questa eterogeneità, sono ben note, non riguardano solo la tematica del gambling e dipendono da molteplici fattori legati alla disponibilità ed all'uso che viene fatto delle risorse assegnate, da modelli organizzativi sempre più diversi tra loro, da scelte di policy regionale e locale che incentivano o inibiscono sperimentazioni e investimenti, e non da ultimo da passioni, curiosità, interessi che singoli professionisti sanno mettere al servizio di politiche di sviluppo del settore.

L'interesse sociale di stakeholders che nel gambling hanno il loro business, potrebbe contribuire alla evoluzione dello scenario per almeno tre ragioni:

- l'ingresso della patologia da gambling nel campo delle addiction, non nei sistemi di classificazione diagnostica (come è noto il DSM li colloca tra i disturbi del controllo degli impulsi) ma certamente nel piano delle prassi cliniche, sta contribuendo alla pro-

gressiva riduzione dello stigma sociale anche verso le altre forme di addiction chimica. Il fatto che i luoghi di cura potenzialmente siano gli stessi, può essere uno svantaggio per la iniziale capacità di attrazione, ma con accorgimenti ambientali e strutturali adeguati, potrebbe rivelarsi un vantaggio.

- I cambiamenti culturali indotti dalla estensione del fenomeno del gioco, l'attenzione intensiva che i media gli riservano con una attitudine meno demonizzante di quella riservata ad altri tipi di addiction, la mancanza, per ora, di modelli interpretativi stereotipati e politicamente condizionati, lascia maggior spazio ad un ruolo scientifico nell'approccio al problema, come dimostra il fiorire di ricerche e di iniziative.
- La necessità dei concessionari di gioco di salvaguardare, nonostante tutto, il valore ludico e socialmente accettabile dell'impresa, fa diventare interessante, anche sotto il profilo economico, investire risorse per limitare i danni da gioco patologico. I gamblers patologici sono un danno anche per i gestori di giochi, danno una brutta immagine e possono scoraggiare potenziali nuovi clienti. È la massa dei giocatori ragionevoli che crea business, non gli accaniti perdenti cronici.

Occuparsi quindi con serietà e rigore professionale e scientifico del fenomeno in tutti i suoi risvolti, epidemiologici, clinici, sociali, etici, oltre che costituire una sfida interessante per i professionisti del settore, può essere anche una occasione di ripensamento della organizzazione e gestione dei servizi, e ci auguriamo che il prudente ingresso di nuovi portatori di interesse nel settore delle dipendenze, possa produrre benefici a tutto il sistema del management delle addiction.

La nostra Federazione intende perciò impegnarsi pienamente in questo settore, sostenendo iniziative, sviluppando collaborazioni con professionisti e agenzie che già da tempo hanno coltivato con passione questo interesse, e ricercando partnership che possano rivitalizzare le capacità dei servizi di fare fronte con competenza alla espansione del fenomeno.

NOTIZIE IN BREVE

I Ser.T. presidi della sanità pubblica per la tutela della salute delle persone tossicodipendenti affette da malattie infettive

Dal Congresso tematico nazionale di FeDerSerD "Dipendenze e Malattie infettive – Modelli diagnostico – Terapeutici nella integrazione degli ambiti professionali", tenutosi a Bologna dal 10 al 12 giugno 2009, è emerso un messaggio forte per lo sviluppo della sanità pubblica, della prevenzione e della continuità delle cure nel settore delle dipendenze.

Oltre 350 professionisti dei SERT e delle Malattie Infettive per la prima volta si sono confrontati sulle possibili interazioni tra operatori di diversa estrazione specialistica e sui modelli di sistemi organizzativi applicabili nei territori nell'interesse dei cittadini che sempre più numerosi si rivolgono ai Servizi.

Esperti di primo piano, italiani ed europei, hanno offerto letture e relazioni sui temi delle malattie infettive correlate alle dipendenze da sostanze: dall'AIDS alle Epatiti, dalla Tuberculosis alle Malattie Sessualmente Trasmesse.

Tutte queste sessioni hanno valorizzato le buone prassi variamente diffuse nei territori con prioritaria attenzione al ruolo dei Ser.T. ed alla loro integrazione con le altre strutture specialistiche di settore.

Significativa è stata la presenza istituzionale, dall'ONU, al Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, alla Regione Emilia Romagna.

Le partnership con l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, la Lega Italiana Lotta all'AIDS, Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato, si sono concretizzate con proposte di attività e ricerca significative.

I SERT sono nati e si sono affermati in tante parti del Paese come presidi di sanità pubblica nel periodo di massima epidemia della infezione da HIV.

Il terzo millennio presenta vecchie e nuove necessità, basti pensare al tema delle migrazioni, magistralmente illustrato al congresso dal Prof. Aldo Morrone, o alla emergenza delle epatiti,

delineata nella epidemiologia e nella realtà di intervento nel Paese dal Prof. Giovanni Rezza, o dell'attenzione ancora necessaria per il tema AIDS, come emerso dalla relazione del Prof. Fernando Aiuti.

In tal senso i Dipartimenti delle Dipendenze, nel rigore delle indicazioni scientifiche emerse nel congresso, devono dare un contributo di governance e di intervento nei territori.

Durante il congresso è stato presentato il documento relativo alla "Raccomandazione Civica sulle Tossicodipendenze" redatto da Cittadinanzattiva in partnership con FeDerSerD, LILA e FIMG.

La raccomandazione, nella quale emergono una serie di criticità del settore, associate alla individuazione di buone prassi di integrazione operativa tra servizi di diversa competenza specialistica, è diretta a diverse Istituzioni Pubbliche, ai Servizi Sanitari ed ai Media, con un messaggio chiaro: più fondi per la cura dei tossicodipendenti, più Ser.T., più coordinamento tra gli operatori, le istituzioni, gli utenti e i loro familiari.

Nella chiusura del congresso il Presidente di FeDerSerD, Prof. Alfio Lucchini, ha osservato che mentre in tante parti del Paese progredisce l'opera di smantellamento dei Ser.T., assolutamente fondamentale è la necessità di richiamare l'attenzione delle istituzioni affinché basino la loro programmazione non sulle ideologie o proponendo scorciatoie organizzative poco professionali e rischiose per la salute dei cittadini, ma sulla realtà che i dati epidemiologici, le evidenze scientifiche e l'attività dei presidi sanitari esistenti sul territorio chiaramente indicano quale soluzione ottimale e specialistica per affrontare correttamente ed universalmente la multifattorialità dei problemi correlati all'abuso di sostanze.

L'Assemblea nazionale di FeDerSerD

Contaminazioni, di Maurizio Fea

Spunti per un confronto. Dalla velocità alla simultaneità, passaggi dal Novecento ad oggi

Giorgio Boatti (Biella, 23 aprile 2009)

Il piè veloce e la tartaruga

Il punto di inizio di questo nostro discorrere non può che essere un giorno di duemilacinquecento anni fa, anno più anno meno. Siamo con Zenone di Elea che allo scopo di dimostrare che la realtà è unica e immutabile proprio come aveva insegnato Parmenide¹ sta mettendo in scena uno dei suoi paradossi che diventeranno celebri.

Si presentano dunque alla ribalta Achille, "il piè veloce", e la tartaruga, alla quale viene concesso un piede di vantaggio: si sfidano alla corsa. Chi vincerà? Sentiamo la cronaca come viene fissata dal grande narratore argentino Borges: "*Achille, simbolo di rapidità, deve raggiungere la tartaruga, simbolo di lentezza. Achille corre dieci volte più svelto della tartaruga e le concede dieci metri di vantaggio. Achille corre quei dieci metri e la tartaruga percorre un metro; Achille percorre quel metro, la tartaruga percorre un decimetro; Achille percorre quel decimetro, la tartaruga percorre un centimetro; Achille percorre quel centimetro, la tartaruga percorre un millimetro; Achille percorre quel millimetro, la tartaruga percorre un decimo di millimetro, e così via all'infinito; di modo che Achille può correre per sempre senza raggiungerla*"².

Il movimento – diceva Parmenide maestro di Zenone – non esiste. È un'illusione frutto delle nostre sensazioni e dei nostri pensieri. Zenone con il suo paradosso gli fa eco. Ricordiamocene.

Citior, altior, fortior... oppure

Lungo la corsa dei secoli ci si è dimenticati che all'inizio si era concepita anche questa possibilità: il movimento non esiste se non nella nostra testa.

Invece il movimento – nella concretezza della storia e di un mondo che corre verso di noi – si riveste di un nuovo abito. Diventa la velocità.

Il motto che percorre il mondo sin dall'epoca classica è un corsa ai comparativi: citior, altior, fortior. Sempre più veloce, più in alto, più forte.

Invano qualcuno ammonisce: "festina lente". Affrettati piano. Occorre attendere il finire del secondo millennio perché uno smarrito profeta dell'ambientalismo, che alla fine dolorosamente perderà anche se stesso, trovi la declinazione giusta da proporre ad un mondo che non sa più moderare la sua velocità: di movimento, di crescita incondizionata. È Alex Langer³ che conia il motto "Lentius, profundius, suavius". Ovvero "più lentamente, più in profondità, con maggiore dolcezza". Nessuno, quasi nessuno, pare saperlo ascoltare.

Perché affondò il Titanic...

Troviamo l'ossessione per la velocità in tutti i secoli ma il suo esplodere si colloca tra la fine dell'Ottocento e l'avviarsi del

Novecento e procede non solo attraverso l'imporsi – attraverso le biciclette prima e le auto appena dopo – sulle strade. Caratterizza anche la conquista dei cieli da parte del volo aereo e la navigazione sui mari.

Sapete perché il Titanic affondò?

La risposta che giunge di solito è che un iceberg si mise sulla sua rotta. Ma il vero iceberg – oltre alla montagna di ghiaccio che affondò il transatlantico più potente del mondo – era dato dalla competizione cominciata tra la Germania e l'Inghilterra a proposito delle corazzate che dovevano disputarsi il dominio sui mari, e dunque sul mondo. Nel 1897 la nave tedesca "Kaiser Wilhelm der Grosse" vinse il Nastro Azzurro, strappandolo alla Cunard Line, per la più veloce traversata dell'Atlantico. Il governo inglese allora finanziò navi in grado di navigare a 25 nodi per riprendere il prestigioso record. Il "Mauritania" inglese infatti riprese il record nel 1907 e lo tenne per 22 anni. La concorrente White Star Line che produsse il "Titanic" tentò invano di battere il record.

Dopo l'affondamento non mancarono dettagliate accuse per il disastro annunciato. Tra le varie voci quella di GB Shaw che accusò il comandante di aver proceduto deliberatamente tra i banchi di ghiaccio a tutta velocità. E altra voce severa, contro la velocità che aveva determinato il disastro, quella di Joseph Conrad che di mare se ne intendeva.

Il naufragio del resto era stato delineato in ogni dettaglio dal romanzo del 1898 di Morgan Robertson intitolato "Futilità" e basato proprio sulla corsa delle navi oceaniche alla velocità⁴.

Bolidi

I "bolidi", così ho definito nel libro che ho scritto nel 2006 i veicoli che a cavallo tra Ottocento e Novecento cominciano a percorrere le strade, sono creature arroganti che nel giro di pochi hanno la pretesa di cambiare il mondo. E ci riescono. Mutano l'aspetto delle città e dell'ambiente circostante, esigono nuove leggi e regolamenti, impongono soprattutto alle moltitudini un nuovo modo di vivere. E di immaginare il mondo.

La realtà vista da un'auto in corsa non è più quella di prima. È una rivoluzione dentro la nostra fisiologia che coinvolge tutti i cinque sensi e investe ogni aspetto del vivere quotidiano e delle stesse nostre percezioni. Queste, dopo millenarie abitudini, devono imparare a convivere con nuovi stimoli, nuovi tempi di reazioni, nuove velocità.

Se ne accorgono gli artisti.

La velocità è la Bibbia dei Futuristi. L'ebbrezza erotica e tanatica del correre in auto delizia D'Annunzio che ne fa il centro del suo romanzo "Forse che sì, forse che no".

L'auto la possiedono allora in pochi ma fa sognare moltissimi, quasi tutti. Il primo giro automobilistico d'Italia, quando nella

penisola poche centinaia di persone possono permettersi un veicolo a motore, ipnotizza le masse sui percorsi attraversati. La Pechino-Parigi del 1908, grazie all'alleanza giornali-industria automobilistica, diventa un evento epocale⁵.

Donna al volante...

L'auto e i camion cambiano anche il volto della guerra che bussava alla porta nel 1914. L'Italia comincia a combatterla nel 1915 e le sue fabbriche sfornano armi e auto. Un celebre romanzo di Hemingway sulla grande guerra, "Addio alle armi" ha come incipit l'immagine di una vettura che corre a perdifiato sulle strade impolverate del Friuli. Sopra, stretto tra ufficiali, un omino piccolo piccolo. È il re d'Italia.

L'auto determina nuove scale sociali, crea nuovi mestieri, ridisegna la geografia dei territori.

E scompiglia anche l'ordinata gerarchia tra i due sessi. Una donna che guida rischia di diventare sempre più emancipata e gli uomini ne hanno paura. Rispondono sostenendo che le donne non sapranno mai guidare.

L'auto – con tutti gli aspetti connessi, dal petrolio alle infrastrutture stradali – diventa l'elemento trainante dell'economia del Novecento. Un secolo che cammina a quattro ruote.

Velocità, una droga che uccide...

Ma a muovere l'auto alla conquista degli esseri umani non sono tanto le quattro ruote ma un'unica e ben più moderata molla, la propensione umana alla velocità.

La velocità nell'attraversare gli spazi contamina anche ogni altro atto del vivere quotidiano. Il mondo pretende di andare più velocemente, di attraversare nel modo più lesto gli intervalli: di tempo, di relazioni sociali, di distanza tra l'inizio e la meta di un cammino.

Il tempo della velocità impone caratteri personali veloci, reazioni emotive veloci, prestazioni professionali veloci. Richiede persino droghe – come la cocaina – che è reputata un "velocizzante" del vivere. La velocità crea dipendenza e produce i morti del sabato sera. È una dipendenza dalla quale nessuno insegna a liberarsi⁶.

La velocità basta sempre meno. Richiede qualcosa di più che le viene concesso dalle tecnologie nuove che giungono a fine Novecento: internet, i telefoni cellulari, ecc.

La velocità indossa l'abito della simultaneità. Non solo abolendo o riducendo gli spazi attorno. Tutto accade come se fosse vicino ma succede in diretta, restringendo sempre più gli intervalli temporali tra l'evento e la sua percezione, tra l'emozione e il suo radicamento in noi e l'azione, l'interazione che ci viene sollecitata.

Gli umani del nuovo tempo sono multitasking: possono guidare l'auto, ascoltare musica, condurre affari, scambiare infor-

mazioni, scrivere messaggi, ecc. Il tutto in un unico tempo continuo.

Escono di scena...

Ciò che apparentemente è uscita di scena è la lentezza. Quella che è al centro di uno splendido romanzo dello scrittore tedesco Sten Nadolny, La scoperta della lentezza, Garzanti. Inizia così. "John Franklin aveva dieci anni ed era ancora così lento da non riuscire ad afferrare la palla". Poi esplorerà interi continenti. Diventato adulto: "Sedeva spesso nei caffè. Là uno poteva sempre avere inchiostro, penna e carta, se gli fosse venuto in mente qualcosa d'importante. In realtà a John non veniva in mente nulla, ma chiedeva comunque l'occorrenza per scrivere, fissava il foglio bianco e pensava: quando avrò qualcosa d'importante lo scriverò. *Forse funziona anche al contrario: quando avrò qualcosa da scrivere, mi verrà in mente qualcosa d'importante.* E così avvenne: d'un tratto ebbe l'idea...".

Quello che fa comprendere l'elogio della lentezza è il ruolo dell'attesa. *Se la lentezza è stata cacciata via dalla velocità la simultaneità sta organizzando l'eliminazione dell'attesa, questo spazio fondamentale che consente a noi stessi di prepararci a essere quello che siamo destinati a essere.*

Si sta rompendo un ciclo che ha contraddistinto le civiltà nei millenni: infinite generazioni si sono modellate alla scuola dell'attesa. Attendere, per anni, il ritorno verso la propria casa.

Attendere i tempi buoni patendo sacrifici che non distruggevano né legami né mutavano determinazioni temprate col carattere.

Attendere – senza perdere né la speranza né il proprio baricentro interiore – per mesi e mesi la risposta a una lettera, a un messaggio.

Qualcosa di impensabile oggi quando l'angoscia e la frustrazione salgono ai massimi picchi se a un messaggio inoltrato da pochi secondi non segue, nell'immediato, una risposta. Senza concedere più nulla al salvifico intervallo dell'attesa, dell'arte di far "riposare dentro di sé" le cose che contano.

Note

1. "Ma guarda tuttavia come le cose tra loro distanti sono invece opera della mente saldamente unite: infatti non scinderai l'essere dalla sua connessione con l'essere, né disgregandolo completamente in ogni sua parte, seguendo un certo ordine, né concentrandolo in se stesso", cfr. *I presocratici a cura di Angelo Pasquinelli*, Einaudi, p. 229.

2, Borges, *Altre inquisizioni*, Feltrinelli, 1973.

3. Per l'opera e la vita di Alexander Langer si veda, oltre al libro di Fabio Levi, *In viaggio con Alex. La vita e gli incontri di Alexander Langer (1946-1995)*, il sito dell'omonima fondazione assai attiva nella formazione culturale nelle scuole: www.alexanderlanger.org.

4. Su tutti questi aspetti si veda di Stephen Kern, *Il tempo e lo spazio. La percezione del mondo tra Otto e Novecento*, Il Mulino, 2002.

5. Su tutto questo Giorgio Boatti, *Bolidi. Quando gli italiani incontrarono le prime automobili*, Mondadori, 2006.

6. Si veda a questo proposito il bel libro di Elena Valdinì, *Strage continua. La verità vi prego sulle vittime della strada*, Chiarelettere edizioni, Milano, 2008.

Curarsi dal tabagismo utilizzando il servizio sanitario territoriale

Alessandro Vegliach*, Rosanna Ciarfeo-Purich*, Riccardo Tominz^o, Salvatore Ticali*

SUMMARY

■ *Triest and its province have 242.000 citizens. The entire provincial territory falls within the competence of public territorial service ASS n. 1 Triestina. Estimates show that 32% of population smokes (77.440 citizens). Among the smokers, there are many who stop smoking without the public service help (98%). But this fact has a low efficacy because it increases the probability of relapse. This article aim is to show the activities of the Center for Prevention and Care of Tabagism of the public service health. These activities follow a strategy to increase the number of the people towards the public health center to stop smoking.* ■

Keywords: stop smoking, public health center.

Parole chiave: smettere di fumare, servizi pubblici.

1. Il Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT)

Il CIPCT triestino risulta dalla collaborazione di due dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Territoriale, quello delle Dipendenze e quello di Prevenzione.

Questa scelta è conseguente all'articolazione di compiti che sono richiesti a un moderno centro per operare azioni e politiche di lotta al tabagismo sul territorio.

Come visibile in figura uno al Dipartimento delle Dipendenze (DDD) è affidata la conduzione dell'ambulatorio per il tabagismo e la gestione della rete territoriale che si occupa, anche a latere, di problemi tabacco correlati (associazionismo, MMG, altri operatori/strutture sanitarie).

Al Dipartimento di Prevenzione (DIP) è affidata l'azione di raccolta dati ed epidemiologica sul fenomeno oltre che le azioni preventive sul territorio (il DIP è particolarmente attivo nella prevenzione in ambito scolastico con i programmi "la città del sole", "smoke city stories" e "smoke free class").

Fig. 1 - Il Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo: aree di competenza specifiche e aree di condivisione dei due Dipartimenti



* Dipartimento delle Dipendenze-SCDSL, ASS n. 1 Triestina.

^o Dipartimento di Prevenzione, ASS n. 1 Triestina.

Un'ampia zona di sinergia tra i due dipartimenti si ha nella formazione dei professionisti sanitari e nella stesura di progetti specifici con popolazioni definite (vedi tab. 1).

La collaborazione tra i due dipartimenti ha permesso di dare grosso impulso a questi ultimi aspetti ritenuti centrali per esercitare un'azione di motivazione alla cura dei fumatori oltre che alla diffusione *bottom-up* di una cultura antifumo.

Tab. 1 - Progetti del CIPCT rivolti agli operatori sanitari e a popolazioni specifiche

Progetti antifumo rivolti a popolazioni specifiche	
Ostetriche e personale percorso nascite	Esercenti (supporto introd. alla L. 3/2003)
Diabetologi e loro staff	Dipendenti delle aziende sanitarie e delle strutture sanitarie convenzionate
Farmacisti territoriali	Staff dei medici competenti per la valutazione sanitaria degli ex esposti amianto
Cardiologi e loro staff	Medici di Medicina Generale
Pneumologi e loro staff	Studenti Facoltà di Medicina

Coinvolgere gli operatori sanitari di primo livello nel contrasto del fumo è centralmente strategico, basti pensare che in Italia solo il 42% dei professionisti sanitari chiede ai loro pazienti se fumano.

Inoltre, solo al 64% dei fumatori viene consigliato, sempre da parte degli operatori sanitari, di smettere (1).

Può così essere utile spendere qualche parola su alcune difficoltà vissute dagli operatori di primo livello che esercitano azioni antifumo quali il minimal advice antitabagico. Un consiglio breve può essere efficace per un piccolo numero di persone, in termini percentuali, rispetto a un trattamento multidisciplinare condotto in un ambulatorio dedicato (4-7% vs 27-49%) (3).

Ma, come ben visibile in fig. 2, in termini di prevalenza netta, il consiglio di minimal advice applicato sistematicamente su popolazioni numerose può dare gli stessi risultati di trattamenti specifici.

Fig. 2 - Diverse strategie antifumo portano lo stesso beneficio quantitativo per il gruppo sociale: il MMG vede molte persone e, se attua il consiglio breve su tutti, ottiene una percentuale bassa di successi che però, è numericamente pari a quella ottenuta da un centro specialistico, che tratta meno persone ma in modo più intensivo. Da notare che le percentuali sono puramente indicative così da rendere più leggibile l'esempio



Il problema è rappresentato dallo scoraggiamento del professionista sanitario che rimane colpito, per ovvi motivi, più dal 97% dei fallimenti che non dal 3% dei successi e così tende a rinunciare di proporre il consiglio di smettere ai suoi pazienti.

In realtà, è chiaro che le due strategie sono egualmente "produttive" in termini di incidenza sulla popolazione generale, tanto più che è probabile si rivolgano a target di popolazione diversi con bisogni diversi (ad esempio, se il centro antifumo vedrà quasi esclusivamente fumatori motivati a smettere, l'operatore sanitario di primo livello vedrà, per contro, molti che non pensano a smettere, persone queste "invisibili" ai centri specialistici).

Gli operatori sanitari vanno quindi rinforzati e sostenuti nella loro opera antifumo ricordando loro che hanno un altro importante strumento di verifica del loro operato legato alle frequenti possibilità di rivedere il paziente (pensiamo solo all'ambulatorio diabetologico e ai passaggi periodici fatti dai pazienti complianti) e quindi di lavorare sugli aspetti longitudinali della flessione motivazionale.

Va inoltre sottolineare che è bene vi sia un forte raccordo tra questi professionisti e l'ambulatorio per la cura del tabagismo territoriale che funziona come struttura di secondo livello che risponde sia ai casi più complicati e complessi sia a quelli motivati a un trattamento approfondito della dipendenza tabagica.

Il professionista così si sentirà sostenuto da operatori specializzati che garantiranno la copertura rispetto a situazioni non gestibili all'interno della loro attività ambulatoriale. Sarà inoltre compito del CIPCT la gestione di periodici corsi di aggiornamento e supervisione sulla pratica del minimal advice antifutabagico e sull'uso dei farmaci appropriati (questo per gli operatori con possibilità prescrittoria), oltre che a provvedere a un costante aggiornamento della cartellonistica degli ambulatori e di tutti i punti che muovono entro ambiti di azione sanitaria che possono sensibilizzare alla cura dei problemi tabacco correlati.

2. L'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo

L'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo dell'ASS n. 1, ha una sede territoriale, in accordo con le recenti indicazioni in materia di sanità pubblica.

La scelta di territorializzare l'azione clinica antifumo ha svariate ragioni, ne elenchiamo quelle che riteniamo più importanti: facilità di accesso alla cittadinanza, possibilità di "normalizzare" in termini sanitari un ambulatorio di cura di una dipendenza (benché l'OMS da anni definisca le dipendenze come "malattie cro-

niche recidivanti" sono ancora molti a giudicarle con un paradigma morale piuttosto che sanitario), possibilità di estendere una cultura antifumo nei punti sanitari territoriali a maggior contatto con popolazioni che manifestano bisogni sanitari eterogenei.

2.1. Funzionamento dell'Ambulatorio

L'ambulatorio è composto da due medici, due psicologi e due infermiere professionali: tutti dedicano solo una parte del loro tempo lavorativo al fumo, provenendo dalla Struttura Complessa del DDD che si occupa della cura delle dipendenze da sostanze legali.

Una dietista del DIP svolge periodiche lezioni di educazione nutrizionale a gruppi di pazienti composti per l'occasione.

Sempre in accordo con le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità³, si è scelto di operare in modo multidisciplinare al fine di trattare con la massima efficacia possibile i pazienti.

In tab. 2 viene riassunto l'iter diagnostico-terapeutico svolto nell'ambulatorio.

Per quanto riguarda le prime visite, si parte dalla fase di accoglienza, che prevede la compilazione dei dati anagrafici e la rilevazione del monossido di carbonio nell'espriato, a questa segue un colloquio clinico-psicologico atto alla valutazione del grado di motivazione e di dipendenza oltre che delle eventuali psicopatologie e della idoneità o meno del paziente alla partecipazione ai gruppi di supporto.

In questo colloquio viene anche illustrata una guida all'astinenza che riassume, in modo sintetico, le principali indicazioni comportamentali da affiancare all'inizio dell'astinenza.

Tab. 2 - Mansioni dei ruoli e gestione del tempo ambulatoriale

	Prime visite (1 ora)	Verifiche (1 ora)	Gruppo (1.45 ora)
Infermiera	Prima accoglienza Compilaz. cartella Rilevazione del CO	Accoglienza Gestione appuntamenti Verifica del CO	-
Psicologo	Colloquio clinico Esecuzione test Illustrazione guida comportamentale	Colloqui individuali Visite di verifica	Conduzione gruppo
Medico	Visita medica Prescrizione farmacoterapia	farmacoterapia	-

Il percorso di valutazione iniziale si completa con una visita medica in cui, si valuta visti anche i dati provenienti dal colloquio clinico e dai test eseguiti, l'introduzione di una farmacoterapia di sostegno.

Ultimate le prime visite, l'ambulatorio apre lo spazio dedicato alle visite di verifica (fatte dal medico) e a eventuali colloqui di sostegno individuali (fatti dallo psicologo).

Terminata anche questa seconda parte l'ambulatorio si conclude con il gruppo di sostegno all'astinenza, gruppo aperto, frequentato dai pazienti durante i primi due-tre mesi di astinenza e di cui si parlerà in modo più preciso nel paragrafo 2.4.

L'ambulatorio ha cadenza uni settimanale e la durata di apertura va dalle 14.30 alle 18.15 con una seconda apertura settimanale per prime visite e visite di verifica dedicate a persone con problemi di orario.

2.2. Assessment psicologico

Il colloquio clinico che rimane lo strumento principale per un'analisi del paziente è focalizzato alla valutazione di:

- comorbidità con disturbi psichici che possono scompensarsi o aggravarsi in seguito allo stress dello smettere;
- valutazione di trattabilità in gruppo ovvero con colloqui di sostegno individuale.

Oltre ciò, la fase di valutazione psicologica si prefigge lo scopo di fornire al medico una serie di indicazioni utili come ausilio alla eventuale introduzione di una terapia farmacologica di sostegno. Sono quindi somministrati al paziente due brevi test (test di Fagerström e test di Richmond) atti alla valutazione delle due variabili cruciali in termini di trattabilità: grado di dipendenza e grado di motivazione (4).

Incrociando i risultati ai due questionari si ottiene una matrice 2x2 che permette di identificare quattro tipologie di fumatori (4).

Come riassunto in fig. 2, l'indice di trattabilità è basso per il soggetto poco motivato e con forte dipendenza (cella rossa) ed è alto per i soggetti a bassa dipendenza e alta motivazione (cella verde). La matrice di West è particolarmente utile nei casi misti (celle arancioni): laddove vi è alta dipendenza e bassa motivazione è bene poggiare il trattamento sugli aspetti di sostegno farmacologico mentre laddove la motivazione è alta e la dipendenza bassa è bene concentrarsi di più sugli aspetti psicologici.

Fig. 3 - La matrice 2x2 di West deriva dall'incrocio del grado di dipendenza (test di Fagerström) e del livello di motivazione (test di Richmond)

Bassa motivazione Alta dipendenza SENSIBILIZZARE	Alta motivazione Alta dipendenza TRATTARE con peso su asp. farmac.
Bassa motivazione Bassa dipendenza TRATTARE con peso su asp. psicol.	Bassa motivazione Bassa dipendenza TRATTARE

2.3. Trattamento farmacologico di sostegno

Il trattamento farmacologico ha, nel trattamento del tabagismo, una duplice funzione:

- permette uno stacco meno brusco dalla sigaretta, alleviando la sintomatologia astinenziale e raccordando il soggetto verso la normalizzazione recettoriale;
- fornisce al paziente uno strumento di risposta alla pressione psico-fisica causata dalla mancanza della sigaretta, quest'aspetto risulta fondamentale per aiutare il paziente al posizionamento su di un locus of control (5) interno mentre spesso il neo astinente tende a collocarsi in posizioni di maggior debolezza rispetto i fatti esterni (locus of control esterno).

Nell'ambulatorio sono somministrati, tenendo conto sia delle condizioni cliniche del paziente sia della sua disposizione, i

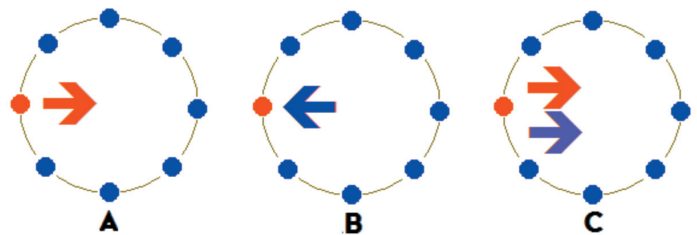
principali farmaci ritenuti efficaci dalle linee guida quali la vareniclina, le nicotine sostitutive, il bupropione (6).

2.4. Il gruppo di sostegno all'astinenza

La terapia gruppeale svolta presso l'ambulatorio è sostanzialmente, una terapia di tipo breve, supportivo e orientata allo scopo, che prevede, durante gli incontri uni-settimanali lo sviluppo di abilità di coping e il sostegno psicologico attraverso strumenti quali la conferma e l'incoraggiamento, la verifica delle modalità d'uso del farmaco, le indicazioni atte all'empowerment del paziente e al cambiamento di alcuni aspetti del suo stile di vita. I fini sono volti alla cessazione del fumo, al superamento dell'astinenza fisica e al consolidamento del primo periodo di astinenza in accordo con la tempistica definita dalle curve dei tassi di ricaduta di Hunt (7).

I gruppi sono aperti, quindi ogni settimana il gruppo può avere composizione diversa, la continuità al lavoro gruppeale è data dal forte ancoramento a uno scopo preciso cioè, lo smettere di fumare.

Fig. 4 - In fase iniziale (A) il terapeuta (in rosso) conduce il gruppo antifumo in modo pragmatico (freccia rossa); dopo un certo numero di sedute (B) il gruppo rimanda al terapeuta un portato affettivo (freccia blu) legato all'elaborazione del distacco dal fumo ed alle strutture interne individuali dei pazienti; il terapeuta risponde conciliando gli strumenti orientati allo scopo (freccia rossa) con ritorni interpretativi legati ai portati affettivi (freccia viola)



A fronte però, di un perimetro terapeutico definito, ci si trova spesso a confrontarsi con portati affettivi, individuali e gruppeali, che impongono, talvolta, una conduzione a doppio binario (vedi fig. 3) del gruppo: se da un lato è imprescindibile continuare l'azione a livello pragmatico, pena lo snaturamento del gruppo e la sua trasformazione da gruppo di supporto orientato a uno scopo a gruppo terapeutico di tipo pienamente espressivo, dall'altro è importante cogliere e agire sulla quota affettiva rimandata dai soggetti, perché è noto, che a un terapeuta viene perdonata con più facilità una cattiva interpretazione che non un mancato contenimento (8).

Quindi, con le parole di Wallerstein è bene essere "espressivo quando puoi e supportivo quanto devi" (9).

2.5. Progetto terapeutico

Al di là delle componenti terapeutiche cui dare, vista la tipologia del fumatore, maggior peso prevalente così come visto al punto 2.2, il trattamento che fornisce maggiori garanzie di riuscita (10) è quello che prevede la combinazione di:

- terapia farmacologica;
- frequenza dei gruppi di sostegno;
- applicazione dei consigli comportamentali;

questo tipo di combinazione terapeutica, infatti, permette di sostenere "l'urto" del distacco dalla sigaretta (grazie al sostegno farmacologico), di elaborarne il distacco accettando la separazione dal fumo (grazie ai gruppi di sostegno) e di provare a cambiare abitudini consolidate spostandosi verso stili di vita più salubri ed equilibrati nella quotidianità (consigli comportamentali).

È proprio questa combinazione che, ove non vi siano condizioni avverse, consigliamo ai nostri pazienti, sempre nel rispetto delle loro esigenze, delle loro particolarità e dei loro bisogni, in un'ottica dialettica di piena condivisione del progetto terapeutico personalizzato.

3. L'affluenza all'Ambulatorio di cura, fattori di drop-in

Nel 2006 (vedi fig. 6) una stasi negli accessi al CIPCT impose una riflessione sulle strategie da attuare per incrementarne la frequenza. S'individuaron dei fattori da cui derivarono una serie di azioni che hanno portato a un aumento degli afferiti al CIPCT. I fattori e le azioni sono di seguito elencati:

1. *formazione degli altri operatori sanitari alle pratiche antifumo ed al raccordo al centro di secondo livello*; particolare attenzione è stata data al progetto "Operatori della sanità libera dal fumo" (fig. 5) dedicato ai colleghi delle aziende sanitarie provinciali che volessero smettere di fumare. Solamente questo progetto ha esitato in più di 200 accessi al CIPCT da gennaio 2007 a oggi;
2. *accessibilità alle cure*; l'accesso all'ambulatorio è diretto, senza necessità di impegnativa medica, i tempi d'attesa massimi sono di 15 giorni. I colleghi dell'azienda territoriale possono venire in ambulatorio durante l'orario di servizio;
3. *efficacia*: il CIPCT opera con pratiche evidenced-based secondo quanto prescritto dalle principali linee guida internazionali per fornire la massima garanzia possibile di riuscita agli utenti. Il tasso di astinenti a un anno è del 45% (dati raccolti con follow up telefonico);
4. *gratuità delle prestazioni e dei farmaci prescritti*: fattore importante è quello che riguarda le spese che un paziente deve sostenere per smettere di fumare. Per quanto riguarda le prestazioni, essendo i tabagisti affetti da una dipendenza

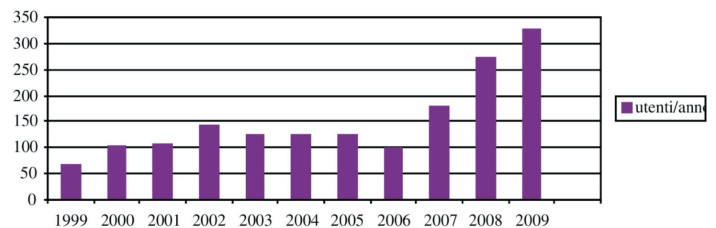
Fig. 5 - La locandina che pubblicizza il progetto "operatori della salute liberi dal fumo" premio Formez 2009



patologica possono, al pari delle altre tipologie di dipendenze, non pagare il ticket sanitario previsto. Maggiori complicazioni si hanno con i farmaci per la cura del tabagismo che non sono ancora inseriti nella fascia A benché l'epidemia tabagica costi molto alla comunità sia in termini di anni di vita perduti che di disabilità. Onde favorire un aumento di chi decide di curarsi e di permettere la cura dal tabagismo anche ai soggetti delle fasce disagiate l'ASS n. 1 ha deliberato l'acquisto di congruo quantitativo di vareniclina da somministrare gratuitamente e direttamente dal CIPCT. Sino a oggi sono stati trattati, con questo farmaco, oltre 200 pazienti;

5. *qualità*: è il fattore di base, il farmaco deve essere prescritto e fornito da operatori professionalmente preparati e aggiornati, che offrono inoltre ai pazienti spazi gruppalmente che favoriscano l'elaborazione degli aspetti emotivi che determinano la dipendenza dalla sostanza e favoriscano l'aumento della qualità nelle relazioni delle persone trattate.

Fig. 6 - Presenze degli utenti all'Ambulatorio di Cura dall'anno della istituzione del Centro. Dall'applicazione delle strategie di drop-in (fine 2006) le presenze sono più che triplicate (dato 2009 stimato dopo i primi otto mesi di attività)



Conclusioni

Un Centro antifumo pubblico che operi sul territorio deve praticare ponderate strategie che massimizzino il drop.in alla cura. L'aumento di utenza ottenuto in tempi brevi dal Centro dell'A.S.S. di Trieste dimostra che il servizio sanitario può fornire un'efficace risposta alla riduzione dell'incidenza di una dipendenza da ritenersi grave visto che, a tutt'oggi, il tabagismo è la prima causa di morte evitabile al mondo (11).

Bibliografia

1. Studio di sorveglianza epidemiologica PASSI 2007-2008.
2. "Clinical practical guidelines 2000: Treating tobacco use and dependence. U.S. Department of health and human services", *Public Health Service*, 2000.
3. Zuccaro P.G. et al., *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, edizione 2008 Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2008.
4. West R., "Assessment of dependence and motivation to stop smoking", *British Medical Journal*, vol. 328, pp. 338-339, February 2004.
5. Reber A.S., *Dictionary of psychology*, Penguin ed. London, 1985.
6. Ping W., Kumanan W., Popey D., Edward J.M., *Effectiveness of smoking cessation therapies: a systemic review and meta analysis*, *BMC public health* 2006, 6:300 doi: 10.1186/1471-2458-6-300.
7. Hunt W.H., Barnett L.W., Branch L.G., "Cessation rates in addiction programs", *Journal of Clinical Psychology*, 27 (4), Oct. 1971.
8. Vegliach A., Poropat C., "Psicodinamiche dei gruppi nel trattamento del tabagismo", *Tabaccologia*, 4, pp. 34-38, 2007, SITAB ed.
9. Wallerstein R.S., *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford Press, New York, 1986.
10. Fiore M.C. et al., *Treating tobacco and dependence 2008 update*, U.S. Department of health and human services, Public Health Service, 2008.
11. "WHO global report: preventing chronic disease: a vital investment", World Health Organization, Geneva, 2008.

Dalla cocaina al paziente. Strategie integrate di cura

Marilena Tettamanzi*, Alfio Lucchini**

SUMMARY

■ *It necessary to re-introduce complexity in approaching cocaine users and to exceed a linear and symptomatic vision to face the cocaine challenge. In this article we propose a treatment project for cocaine users elaborated by Addiction Department of ASL Milano 2 and now implemented in Gorgonzola Ser.T., its preliminary clinic reflections and some initial results of the project application. The project represent an attempt to face in a complex and flexibility way the problematic cocaine use. It intend to find treatment strategies coherent to new Ser.T. users' needs.*

First results highlight different users' typologies and they confirm the inability of these patients to take contact with their negative emotions and in emotion regulation. Positive outcomes seem to be predicted by family involving in treatment and by taking part to groups activity as integration of individuals multidisciplinary treatment. ■

Keywords: cocaine, complexity, group, family, treatment inter-disciplinary.

Parole chiave: cocaina, complessità, gruppo, famiglia, trattamento multi-disciplinare.

È possibile affrontare e vincere la sfida posta dalla cocaina? Sembra ormai superfluo e banale sottolineare la gravità del problema legato alla diffusione trasversale della cocaina nella nostra società.

I dati epidemiologici evidenziano una sperimentazione ed un utilizzo sempre più massicci da parte dei giovanissimi, dei giovani e anche degli adulti in tutti i contesti e ambiti culturali.

È una sostanza facilmente accessibile, che non suscita grandi timori e che si associa spesso ad immaginari di successo e di potere.

Gli effetti negativi legati all'uso si instaurano spesso in tempi dilatati e con notevoli differenze individuali, aspetti questi che favoriscono la continuità dell'uso alimentata, a sua volta, dalla convinzione che i problemi che affliggono alcuni consumatori siano dovuti a specifiche fragilità individuali e che "certo non può accadere a me, che riesco ad usarla in modo controllato". È comune, infatti, in chi usa cocaina, da una parte, la convinzione di poterne controllare l'assunzione e, dall'altra, la dissociazione di qualsiasi effetto negativo dall'uso della sostanza in sé.

Sono sempre più numerosi gli studi che esplorano le caratteristiche e gli effetti della sostanza a livello fisiologico, sanitario e psicologico.

Si moltiplicano, contemporaneamente, le proposte operative di intervento volte ad aggirare le resistenze dei cocainomani e a favorire l'ingaggio in percorsi di cura.

In questo articolo ci proponiamo di presentare un progetto di presa in carico dei pazienti cocainomani elaborato dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 2 e attualmente implementato presso il Ser.T. di Gorgonzola, le riflessioni cliniche alla

base del modulo messo in atto ed alcuni risultati preliminari ottenuti dalla sua applicazione.

Tale progetto rappresenta un tentativo di rispondere in modo adeguato, flessibile e complesso alle sfide poste dall'uso problematico di cocaina.

Nello specifico si propone di individuare strategie di presa in carico e di trattamento coerenti ai bisogni dei nuovi utenti dei Ser.T., anziché attendersi che siano i nuovi pazienti ad adattarsi alle risorse disponibili in servizi che tradizionalmente si erano strutturati per il trattamento di eroinomani.

Riteniamo che le parole chiave dell'intervento debbano essere, come anticipato, **flessibilità** e **complessità**.

Sulla base di quanto fin qui esposto, il Progetto Cocaina da noi proposto si propone di mettere in atto strategie pluri-sfaccettate di presa in carico territoriale in grado di:

- incontrare le esigenze e i bisogni di una nuova utenza, gli utilizzatori di cocaina;
- favorire la continuità del trattamento entro programmi di cura efficaci: i dati disponibili evidenziano, infatti, che i cocainomani che si rivolgono ai Ser.T. presentano alti livelli di drop out: rimangono in carico per brevi periodi, in media di due mesi, per poi interrompere non appena hanno recuperato un apparente senso di controllo della sostanza, per poi tornare nel momento in cui tale controllo sembra nuovamente vacillare;
- intercettare il bisogno e favorire l'accesso ai servizi pertinenti: solo una piccola percentuale dei consumatori di cocaina giunge attualmente nei nostri servizi con richieste d'aiuto. Ci attendiamo, tuttavia, che la messa a punto di adeguate strategie di presa in carico di questi pazienti possa avere come ricaduta una maggior consapevolezza nella popolazione più ampia della possibilità di ricorrere ai nostri servizi di fronte ad eventuali usi problematici di cocaina;

* Psicologa, referente modulo cocaina.

** Psichiatra, direttore.

Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano Due.

d) cooperare con il privato sociale al fine di favorire una presa in carico complessa, che contempra la possibilità di ricoveri brevi, percorsi comunitari adeguati e cooperazioni efficaci per la presa in carico territoriale.

Per realizzare tali obiettivi, tuttavia, è primariamente necessario avviare una approfondita riflessione sul "fenomeno cocaina", sulle caratteristiche e sulle tipologie dei consumatori, sulle loro modalità di accesso ai servizi e sulle fragilità che mantengono l'utilizzo stesso.

Il fenomeno e le caratteristiche dell'utenza: al di là del sintomo

Non è questa la sede per effettuare una dettagliata analisi della diffusione dell'uso di cocaina, fenomeno che sappiamo multifaccettato e multivariato che si pone al crocevia tra fattori ambientali, sociali, politici, economici, familiari ed individuali. Ciò che qui ci interessa sottolineare è il fatto che, come già anticipato, i dati epidemiologici evidenziano una diffusione trasversale dell'uso di cocaina nella popolazione nazionale (Pavarin, 2008); in secondo luogo va evidenziato che solo una piccola percentuale degli effettivi consumatori di cocaina accede ai Ser.T. con richieste d'aiuto ed essi, terza constatazione, rappresentano una sfida per una tipologia di servizi che nella sua struttura ed organizzazione si sono tarati sui bisogni dei pazienti eroinomani.

Chi sono, dunque, i consumatori di cocaina con cui siamo chiamati ad interfacciarci?

Molto è stato scritto su di essi, sulle loro modalità di chiedere aiuto e sugli effetti della cocaina sullo stesso percorso di aiuto. In primo luogo *si dice* comunemente che i cocainomani mantengono un apparente adattamento sociale e lavorativo; che essi mostrano una scarsa consapevolezza degli effetti negativi della sostanza, che si illudono di poter controllare, a fronte anche di effetti fisici e psichici negativi che si instaurano in tempi dilatati e che i pazienti stessi tendono a dissociare dall'uso di cocaina. Comuni sembrano, inoltre, essere i sentimenti di grandiosità dei pazienti cocainomani, vissuti che li rendono spesso difficilmente accessibili e che suscitano nei curanti sentimenti oppositivi, se non si tiene conto che essi mascherano deficit nell'immagine di sé (Khantzian, 1985).

Si ritiene che proprio su tali aspetti vada ad agire la cocaina, che attraverso i suoi effetti specifici, alimenterebbe il sentimento di potenza (Sternieri *et al.*, 1998), promuoverebbe una sensazione di chiarezza mentale ed euforia (Van Dyke *et al.*, 1982), disinibizione, sentimenti di impulsività, iper-attività, inconsapevolezza e aumento del desiderio sessuale (Galanter *et al.*, 1998).

Tali pazienti generalmente giungono a chiedere aiuto quando si verificano situazioni di emergenza: arrivano all'attenzione dei Ser.T. quando, per esempio, vedono a rischio il mantenimento di relazioni affettive significative o quando pensieri paranoidei iniziano ad interferire con il funzionamento sociale e lavorativo oppure a seguito di gravi tracolli economici (potenzialmente connessi a rischi legali).

Più raramente giungono in seguito a problematiche sanitarie.

La maggior parte di questi pazienti tende a sfuggire ai controlli tossicologici e alle visite mediche; contrariamente a quanto avviene con gli eroinomani, nella presa in carico si evidenzia uno sbilanciamento verso la parte psicologica e sociale a scapito di quella sanitaria.

Tale aspetto viene tipicamente ricondotto al fatto che, allo stato attuale, non esiste una terapia farmacologica in grado di contra-

stare l'uso di cocaina, aspetto al quale si ritiene riconducibile il ridotto ingaggio di questi pazienti e la mancanza da parte dei curanti di un potere di contrattazione che nel caso degli eroinomani è garantito dall'accesso al farmaco, mentre si richiede ai pazienti un grosso lavoro motivazionale per intraprendere un percorso di carattere psicologico e sociale.

Tale motivazione, tuttavia, spesso cala, quando in seguito ad un primo intervento, riescono a risollevarsi dalla situazione drammatica che li ha portati a chiedere aiuto: appena sembrano recuperare un precario equilibrio abbandonano la cura e un servizio con il quale non sembrano avere un impatto positivo.

Se ci basiamo su tali aspetti, potremo descrivere il paziente utilizzatore di cocaina come estremamente superficiale, con scarsa consapevolezza degli aspetti problematici connessi all'uso, oppositivo nei confronti della cura, dotato di una immagine di sé grandiosa e difesa in modo aggressivo.

Una simile descrizione, tuttavia, comporta dal nostro punto di vista dei gravi pericoli.

Essa, infatti, rischia di confondere il sintomo con la persona e di considerare come conseguenza dell'uso ciò che probabilmente sta all'origine.

La descrizione che abbiamo elaborato coglie l'immagine superficiale del consumatore di cocaina, immagine in parte alimentata dall'uso, ma se ci fermiamo ad essa rischiamo di perdere di vista i vissuti e le dinamiche relazionali ed emotive più complesse che precedono l'uso e che lo alimentano.

Se trattiamo l'immagine che ci viene presentata lavoriamo con il sintomo e perdiamo di vista la persona.

Spesso, infatti, ci fermiamo all'immagine di grandiosità di questi pazienti che li rende inaccessibili e spesso anche antipatici e dimentichiamo che essa cela un deficit dell'immagine di sé, rispetto al quale la cocaina cerca di mettere un'ulteriore copertura.

Se ci fermiamo a considerare l'impulsività e l'aggressività come effetto dell'uso, ci dimentichiamo che quando non utilizzano cocaina spesso queste persone non riescono ad entrare in contatto con tali emozioni che cercano di annullare o che, in altri casi, vivono con estremo disagio; in questo senso la cocaina va a dare spazio, a liberare emozioni negate e cancellate in lucidità.

Se ci fermiamo all'immagine non problematizzata che questi pazienti ostentano, ci viene spontaneo chiederci: "ma cosa volete da noi?"

Se tutto va bene per voi come e in che cosa possiamo esservi d'aiuto?

Se sapete già cosa e come fare perché venite qui per poi screditarci?"

Il nostro intento è di re-introdurre complessità nell'approcciare tali pazienti, evitando il rischio di riporre le cause di ogni male o nella sostanza in sé o nell'individuo o assumendo ottiche colpevolizzanti e responsabilizzanti del contesto di appartenenza.

Trattare pazienti cocainomani secondo noi significa cogliere la circolarità e la complessità del fenomeno, che prevede un incontro tra una sostanza ed un individuo con le sue peculiarità entro un contesto, che nell'uso problematico si alimentano a vicenda. Se non cogliamo la complessità tra paziente, sintomo e contesto rischiamo di diventare miopi proprio là dove già lo sono i nostri pazienti e rischiamo, inoltre, di favorire e/o alimentare l'identificazione della persona con il sintomo, contribuendo alla sua perpetuazione.

A partire da queste riflessioni, riteniamo innanzitutto importante evidenziare che esistono differenti tipologie di consumatori di cocaina.

Sulla base degli accessi al nostro servizio, abbiamo individuato almeno sei gruppi differenti:

- a) giovani poli-consumatori, che portano la cocaina come problema prioritario e che non hanno mai sperimentato l'eroina;
- b) giovani poli-consumatori per i quali la cocaina si associa all'uso di eroina;
- c) giovani o adulti in cui l'uso di cocaina si sovrappone ad una grave fragilità psichica e/o che evidenziano conclamate problematiche psichiatriche;
- d) giovani o adulti per i quali l'uso di cocaina si associa ad un grave disagio e/o degrado familiare;
- e) giovani o adulti per i quali l'utilizzo di cocaina si implementa entro forme di comportamento anti-sociale e giungono al servizio a causa di problematiche con la legge;
- f) giovani o adulti socialmente integrati, ma per i quali l'uso di cocaina sembra minacciare tale integrazione (rischio di perdere il lavoro, minaccia alle relazioni affettive significative, perdita di ingenti quantità di denaro).

Se in tutti questi casi il sintomo presentato è apparentemente identico, è fondamentale essere consapevoli che ciascuna tipologia di consumatore presenta delle proprie peculiarità e necessita di percorsi di presa in carico differenziati.

Trascurare tali differenze significa non cogliere le richieste d'aiuto specifiche e non riuscire ad individuare il punto d'accesso da cui partire per una positiva presa in carico.

Se andiamo oltre all'uso e all'immagine che questi pazienti tendono a presentare di se stessi, se andiamo un po' più in profondità e scaviamo dietro all'immagine onnipotente e sana che questi pazienti propongono di sé, cogliamo degli interessanti punti in comune, che possono farci intravedere delle più efficaci strade di lavoro.

Da un punto di vista psicologico (Ravera, 2007), questi pazienti presentano:

- a) scarsa conoscenza e consapevolezza delle emozioni;
- b) incapacità a regolare le emozioni;
- c) vuoto interiore evitato e celato;
- d) difficoltà ad interpretare le richieste del modo interno;
- e) rigidità di pensiero;
- f) bisogno di fare.

Tali caratteristiche ci fanno immediatamente vedere questi pazienti come più accessibili e forse anche più simpatici.

Se cogliamo questi aspetti diventa più chiaro perché abbiano bisogno di mantenere (magari anche con l'aiuto della cocaina) una immagine di grandiosità; diventa più comprensibile perché non riescano a sentire e riportare una sofferenza (non certo perché la sofferenza non c'è) e forse anche perché abbiano così tante difficoltà a sottoporsi a controlli medici, che con la loro oggettività rischierebbero di mettere a nudo la loro fragilità e di rompere un senso precario di controllo e funzionalità.

È a questa parte fragile, difesa e celata a forza dai consumatori di cocaina, che dobbiamo prestare attenzione, pur nel rispetto della reticenza e dell'opposizione dei pazienti che mostrano il bisogno di continuare a mostrarsi sani pur chiedendo aiuto.

Il nostro lavoro deve essere volto a rendere accessibile e avvicicabile questa sofferenza.

Possiamo, dunque, immaginare il cocainomane come un "analfabeta a livello emotivo e relazionale", che nell'antinomia tra autonomia e dipendenza si è bloccato nel mezzo a causa di un errore logico che lo porta a scegliere una strategia per mostrarsi autonomo ma che, nel tempo, lo condanna all'eterna dipendenza.

Sulla base dei casi esaminati possiamo immaginare i consumatori di cocaina come o bambini non visti o bambini troppo visti, ma che in entrambi i casi non hanno appreso ad ascoltare le richieste emotive, a regolarle e ad utilizzarle adeguatamente nella dimensione relazionale.

Tale analisi ci porta a ritenere indispensabile un approccio complesso e sistemico, che contempra da una parte una presa in carico individuale multi-disciplinare, in grado di alternare un lavoro sull'uso della sostanza e un lavoro sul sé, sulle relazioni e sulle emozioni; dall'altra riteniamo importante strutturare un conteso di lavoro più ampio che contempra la possibilità di agire in modo sistemico sulle parti fragili evidenziate, lavorando con il paziente in relazione con la sua famiglia e in relazione ai pari, attraverso l'implementazione di esperienze di gruppo.

Il Modulo Cocaina: una risposta concreta per presa in carico territoriale

A partire dalle riflessioni e constatazioni fino ad ora esposte, durante l'anno 2008 abbiamo avviato i lavori per la messa a punto di uno specifico modello di presa in carico territoriale dei pazienti che accedono ad uno dei 5 Ser.T. del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano Due riferendo un uso problematico di cocaina; tale modello doveva rispondere all'esigenza di individuare per tali pazienti un percorso di cura specifico, differenziato dagli altri utenti del servizio, flessibile e in grado di rispondere alle loro peculiari esigenze e modalità di funzionamento.

Prima dell'avvio dell'attività sono state discusse e messe a punto tre azioni che potremmo definire "organizzative e strutturali".

Il primo passo è stata l'individuazione e la formazione dell'équipe di riferimento del "Modulo Cocaina"; si è, infatti, ritenuto opportuno individuare all'interno del servizio delle specifiche figure professionali che per propri interessi e formazione fossero disposte a collaborare al progetto in atto, tali da diventare i curanti di riferimento dei pazienti utilizzatori di cocaina.

Coerentemente alla modalità di lavoro del nostro servizio e delle evidenze cliniche che confermano l'efficacia della presa in carico multi-disciplinare, l'équipe del modulo cocaina risulta composta da 2 medici (per un totale di 35 ore settimanali) e un medico disponibile per le attività di gruppo, una psicologa (dedicata al progetto per 25 ore settimanali) e una psicologa che si affianca alla prima nelle attività di gruppo con i familiari, 3 assistenti sociali (10 ore settimanali per ciascuna), 2 educatrici per le prime accoglienze e 1 di esse coinvolta attivamente nella gestione dei casi (10 ore settimanali) e 1 infermiere (10 ore settimanali).

Si sono, inoltre istituite periodiche riunioni di équipe volte a discutere l'evoluzione del progetto e l'andamento dei pazienti progressivamente presi in carico.

Parallelamente si è ritenuto opportuno differenziare la sede di riferimento per i pazienti cocainomani; se infatti per gli eroinomani la sede sanitaria e di somministrazione del Ser.T. rappresenta l'area privilegiata di accesso, si è ritenuto opportuno convogliare i consumatori di cocaina prevalentemente sulla sede "psico-sociale", meno connotata da un punto di vista sanitario, creando in modo concreto la percezione di percorsi distinti, sulla base degli specifici bisogni delle due categorie di utenti.

In terzo luogo sono stati definiti ed ampliati gli orari delle attività. In risposta alle esigenze soprattutto dei pazienti cocainomani che mantengono (o si sforzano di mantenere) un adattamento sociale e lavorativo, sono stati spostati in orario pomeridiano i principali colloqui e le attività di gruppo (che presenteremo tra breve) sono state collocate nel tardo pomeriggio, a partire dalle ore 18,00.

Sono stati, quindi, definiti i criteri di inclusione e di esclusione dal "modulo cocaina".

Vengono, nello specifico considerati come criteri di inclusione:

- a) il consumo problematico di cocaina, individuata come sostanza primaria;
- b) l'abuso/dipendenza da cocaina eventualmente associato ad alcool;
- c) età compresa tra i 20/50 anni.

Vengono attualmente esclusi dal modulo:

- a) pazienti con strutture psicotiche;
- b) poli-assunzione complessa.

Più precisamente l'équipe ha deciso di includere nel modulo i pazienti che presentano la cocaina come sostanza prioritaria, purché tale uso non si sovrapponga ad eroina.

Si è deciso, infatti, di escludere in fase iniziale dal modulo i pazienti con dipendenza da eroina e in contemporanea terapia sostitutiva.

Solo se dopo 10/12 mesi di osservazione risulta controllato il problema con l'eroina mentre permane un uso problematico di cocaina, che si pone come sostanza primaria, si potrà valutare l'inserimento nel programma.

A partire da queste scelte prioritarie, abbiamo, quindi, elaborato un modello di intervento articolato in differenti opportunità e proposte, da declinare sulla base delle esigenze e risorse che ogni singolo paziente evidenzia.

Il modello prevede una **fase di valutazione e presa in carico iniziale** secondo le linee guida generali del Ser.T., con alcuni approfondimenti specifici e l'utilizzo di strumenti diagnostici studiati ad hoc (esami medici mirati, test psicologici, visita psichiatrica).

Una volta verificato l'uso primario di cocaina, il paziente viene indirizzato nel *modulo cocaina*, che prevede differenti possibili declinazioni dell'intervento (discusse e condivise in equipe), sempre e comunque centrato sulla multi-disciplinarietà, cercando di elaborare risposte flessibili e coerenti alle specifiche caratteristiche e bisogni del paziente.

Il modulo è attualmente declinato in tre possibili strategie di intervento.

A. Presa in carico ambulatoriale

La presa in carico ambulatoriale rappresenta la parte attualmente più sviluppata del modulo cocaina, poiché prevede l'utilizzo e l'organizzazione di risorse interne.

Essa si fonda sui risultati di ricerca che evidenziano la maggior efficacia di interventi flessibili, specifici, che prevedono il coinvolgimento di familiari e che contemplano incontri informativi e di conoscenza (Leonardi *et al.*, 2006).

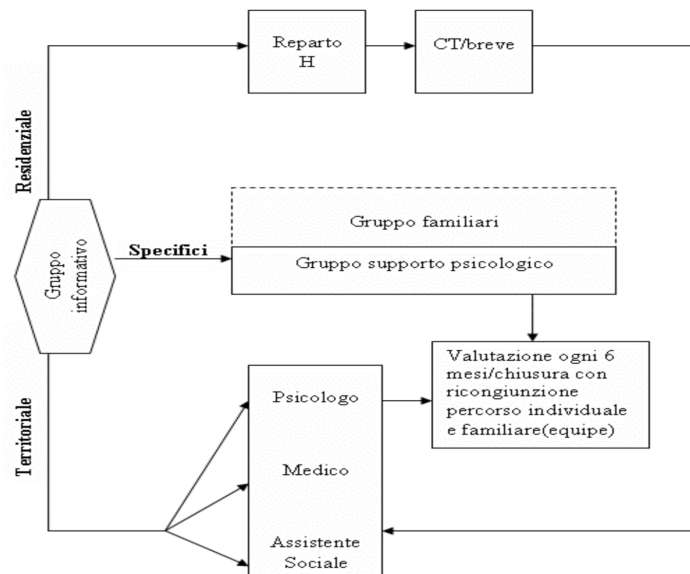
Il primo step è rappresentato dalla partecipazione ad un gruppo informativo (fig. 1) rivolto a pazienti e familiari.

Il gruppo, della durata di 2 ore e condotto da medico ed assistente sociale, è volto a fornire informazioni base sulla cocaina, sui suoi effetti fisici, psicologici e sociali e a presentare le opportunità offerte dal servizio.

Vengono, quindi, articolate differenti possibilità di presa in carico che vanno da colloqui individuali (psicologi, medici, sociali) alla possibilità di partecipare a gruppi di supporto psicologico (per pazienti e per familiari), opzioni che non vanno intese come mutuamente escludentesi.

La letteratura nazionale ed internazionale sul trattamento della dipendenza da cocaina, indica lo strumento psicoterapeutico come il cardine dell'intervento (Contraddiction, 2006), la cui efficacia può essere amplificata dall'affiancamento di percorsi psicologici di gruppo (Crits-Christoph *et al.*, 2008; Campione, Nettuno, 2007; Washton *et al.*, 1997; Khantzian *et al.*, 1993; Rawson *et al.*, 1989). Sulla base di tali evidenze, il modulo proposto intende offrire sia a pazienti che a familiari (qualora

Fig. 1 - Presa in carico nel Modulo Cocaina



mostrino l'interesse e la disponibilità ad utilizzare tale strumento in modo adeguato) di usufruire di incontri di gruppo.

Come evidenziato da molti autori, infatti, il gruppo mostra un'alta efficacia nel mantenimento dell'astinenza e nella riduzione degli aspetti distruttivi nelle relazioni interpersonali (Campione, Nettuno, 2007).

Il lavoro di gruppo, inoltre, permette di innescare processi di imitazione, identificazione, internalizzazione, confronto, chiarificazione, interpretazione ed elaborazione (Rutan e Stone, 1993) che se adeguatamente guidati dal conduttore possono favorire un'evoluzione positiva della situazione presentata dal paziente. La partecipazione ai gruppi è fornita come indicazione dell'équipe curante e non è da intendersi come obbligatoria.

Il gruppo di supporto per i pazienti si svolge a cadenza quindicinale, è condotto da una psicologa e una educatrice e si propone di lavorare sulle modalità di funzionamento relazionale ed emotivo dei singoli, evitando una focalizzazione specifica sul comportamento di consumo.

Benché la parola rappresenti il principale strumento di lavoro, vengono contemplate anche strategie attive e creative.

Il gruppo famigliari si incontra una volta al mese, ha durata di 2 ore ed è gestito da due psicologhe. Mira a coinvolgere in forma attiva i familiari, a renderli partecipi del percorso di cura, rendendoli consapevoli e aiutandoli a modificare stili relazionali che inconsapevolmente mantengono il sintomo.

B. Presa in carico residenziale o semiresidenziale

Tale parte del modulo è attualmente ancora in fase di discussione e di messa a punto.

Si prevede che per quei pazienti che durante la fase di valutazione (o nel corso del trattamento) evidenzino situazioni a grave rischio fisico, sociale e/o psicologico, possano avvalersi di ricoveri in reparti ospedalieri selezionati ad hoc o di percorsi brevi di tipo comunitario.

Per situazioni di rischio intendiamo:

- compromissione delle funzioni circolatorie, respiratorie o di altro genere che mettono a rischio la sopravvivenza del paziente;
- presenza di pensiero persecutorio e paranoide che rischia di compromettere gravemente il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del paziente;

- presenza di vissuti aggressivi auto o etero-diretti che minacciano l'incolumità del paziente o di altri;
- l'assenza di risorse significative nel tessuto sociale supportivo e l'incapacità di far fronte ai bisogni primari.

La messa a punto di tale sezione del modulo richiede l'avvio di collaborazioni (e se possibile convenzioni) con specifici reparti ospedalieri e l'individuazione di realtà comunitarie in grado di proporre percorsi brevi e coerenti ai bisogni dei pazienti cocainomani.

C. Coordinamento con altre realtà territoriali e del privato sociale

Il consolidamento dei risultati terapeutici richiede la possibilità di contare anche su realtà territoriali altre, in grado di favorire forme di aggregazione positiva e la valorizzazione delle naturali risorse dei pazienti.

La messa a punto di adeguate strategie di lavoro di rete rappresenta la prospettiva futura del presente progetto.

Valutazione e monitoraggio

Il buon esito del trattamento richiede l'alternanza di tre fasi successive:

- prima fase: raggiungimento dell'astinenza da cocaina per almeno 6 mesi;
- seconda fase: mantenimento dell'astinenza e consolidamento dei risultati raggiunti attraverso un monitoraggio ed un affiancamento per altri 6 mesi (12 mesi dall'avvio);
- terza fase: consolidamento e follow-up a 18 mesi dall'avvio del programma.

È prevista una valutazione dell'andamento del programma ogni 6 mesi, con la ri-somministrazione dei questionari e degli esami medici individuati come criterio.

Verranno nello specifico confrontati gli esiti degli esami tossicologici (valutazione oggettiva), ma anche le eventuali modifiche intervenute nella vita sociale e famigliare, il grado di benessere/malessere psicologico, lo stato di salute fisica e la qualità di vita in generale.

Risultati attesi

Ci si attende che la messa a punto e l'implementazione del "Modulo Cocaina" permetta di raggiungere alcuni risultati specifici. In particolare si ipotizza:

1. un aumento statisticamente significativo degli accessi al servizio da parte dei pazienti cocainomani, favorendo in questo modo una presa in carico precoce;
2. un miglioramento statisticamente significativo della qualità di vita dei pazienti che concludono il programma (18 mesi) rispetto a coloro che lo interrompono precocemente al raggiungimento dell'astinenza;
3. il raggiungimento dell'astinenza in da cocaina in tempi brevi con rischi di ricadute dopo tre mesi di trattamento;
4. il mantenimento dell'astinenza e un incremento della qualità della vita (nelle sue dimensioni sociale, psicologica e sanitaria) statisticamente più significativo in coloro che, accanto ai percorsi individuali, accedono ai gruppi e, quando c'è, un positivo coinvolgimento dei familiari.

Il progetto si propone, infine, di verificare l'efficacia differenziale dei vari strumenti di intervento a seconda delle caratteristiche psicologiche, sociali e sanitarie dei pazienti al loro ingresso.

Alcuni risultati iniziali

Nel corso dei primi diciotto mesi (2008/2009) sperimentali del progetto sono stati inseriti nel modulo cocaina 57 soggetti.

Per quanto il numero sia ancora limitato e per molti di essi si sia ancora nella fase iniziale della presa in carico, riteniamo interessante ricavare alcune considerazioni a partire dall'analisi dei dati attualmente disponibili.

Caratteristiche dell'utenza

Dei 57 soggetti inseriti nel modulo, 51 sono di genere maschile e solo 6 le donne; questo aspetto mette in evidenza, probabilmente, una maggior difficoltà da parte del genere femminile nell'accedere ai nostri servizi con una richiesta d'aiuto, cosa che, sulla base dei nostri dati, sembrano riuscire a fare maggiormente le donne che presentano già uno stato conclamato di malessere.

Sono 30 le accoglienze del 2008 e 24 quelle nei primi 8 mesi del 2009 (momento a cui si è attualmente fermata la raccolta dei dati). Sembra registrarsi, dunque, un aumento degli accessi da parte dei consumatori di cocaina nel 2009.

Solo a conclusione dell'anno solare sarà, tuttavia, possibile valutare l'effettivo incremento significativo e ulteriori analisi potranno evidenziare se ciò possa essere un effetto dell'implementazione del "Modulo Cocaina".

Solo 1 soggetto ha 20 anni, 25 hanno tra i 21 e 30 anni, in 22 rientrano nella fascia 31/40 anni e 9 soggetti hanno più di 40 anni.

L'età media di accesso è 32 anni (DS = 6,9) a fronte di un'età media di inizio uso pari a 22 anni (DS = 6,7; minimo = 13; massimo = 38), il che evidenzia un tempo di latenza tra il primo contatto con la cocaina e la prima richiesta d'aiuto di circa 10 anni. Al t-test si evidenzia, in particolare, che le donne all'accoglienza (età media = 24; DS = 4) sono significativamente più giovani ($t = 2,25$; $df = 52$; $p = .029$) dei maschi ($M = 30,9$; $DS = 6,7$), mentre l'ANOVA mostra una varianza dell'età all'accoglienza ($F = 3,15$; $p = .036$) in funzione della qualità delle relazioni sociali: il post hoc evidenzia che i soggetti socialmente isolati arrivano all'accoglienza significativamente ($p = .22$) più vecchi (età media = 36,5; $DS = 6,9$) dei soggetti che hanno relazioni positive (media = 26,2; $DS = 4,5$).

Il 67% dei soggetti ha la licenza media, mentre nessuno è laureato.

18 pazienti si dichiarano disoccupati all'accoglienza, contro 37 occupati (equamente distribuiti tra operai, impiegati, artigiani, liberi professionisti e imprenditori).

Al test del Chi Quadro si evidenzia una associazione significativa ($\chi^2 = 8,08$; $p = .018$) tra genere femminile e disoccupazione (5 donne su 6).

In 31 sono single, 14 i soggetti sposati o conviventi e 12 i separati o divorziati.

Lo stato civile si associa in modo significativo ($\chi^2 = 31,5$; $p = .000$) con l'età: la maggior parte dei soggetti tra i 21 e i 30 anni (22) è single, tra i trentenni prevalgono (10) gli sposati o conviventi, mentre 6 su 9 soggetti con più di 40 anni sono separati o divorziati.

Per quanto riguarda la modalità di accesso al servizio, 42 soggetti pari al 73% del totale vi giunge volontariamente.

Il restante 27% presenta una richiesta d'aiuto coatta: 7 provengono dal carcere, 1 dalla Prefettura, 3 sono inviati con Decreto del Tribunale dei Minorenni e 1 a seguito di segnalazione da parte del datore di lavoro (canale d'invio quest'ultimo destinato

a aumentare a seguito delle nuove normative in tema di sicurezza sul lavoro).

Rispetto al rapporto con la cocaina, 42 pazienti dichiarano di sniffarla, in 12 la fumano e un solo soggetto la utilizza per via endovenosa.

È interessante rilevare che l'utilizzo fumato della cocaina si associa in modo statisticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 7,2$; $p = .027$) con l'aver accettato o richiesto un percorso comunitario (9 soggetti su 12).

Altro aspetto che sembra connettersi al percorso comunitario da parte dei consumatori di cocaina da noi presi in carico è la presenza di uno stato di isolamento sociale ($\text{Chi}^2 = 10,6$; $p = .032$). In 17 presentano una diagnosi di abuso di cocaina, mentre 30 risultano dipendenti (fig. 2).

L'alcool si associa all'uso di cocaina in 24 casi, in 7 utilizzano oltre a cocaina THC, 7 soggetti utilizzano più sostanze e 10 sono i consumatori puri di cocaina.

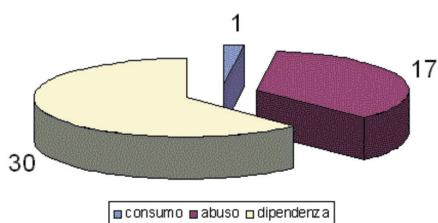
Su 57, in 23 hanno già tentato senza successo altri percorsi di cura. L'80% non rileva problemi di salute connessi all'uso, sono, tuttavia, 12 (pari al 21%) coloro che presentano debiti consistenti al momento dell'accoglienza; in 35 dichiarano d'aver sperimentato eventi traumatici, quali incidenti, forme di maltrattamento o abuso, gravi malattie, perdita di familiari.

Nel 37% si evidenzia una familiarità d'uso e il 42% presenta familiarità per problemi psichici.

Tra queste ultime variabili si evidenziano interessanti associazioni: l'aver sperimentato eventi traumatici, per esempio, si associa in modo statisticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 11$; $p = .004$) con la diagnosi di dipendenza (23 su 30) e con la presenza di familiarità per problemi psichici ($\text{Chi}^2 = 9,2$; $p = .002$).

Il numero di drop out, inoltre, risulta significativamente maggiore ($t = 2,2$; $p = .034$) in chi ha familiarità con problemi psichici ($M = 1,35$; $DS = 1,2$) rispetto a chi non ha familiarità ($M = .5$; $DS = .7$).

Fig. 2 - Abuso/dipendenza da cocaina



Per quanto riguarda la presa in carico, infine, in 15 casi sono stati coinvolti nel percorso di cura anche i familiari del soggetto, in 19 casi i familiari erano informati ma non coinvolti e 23 soggetti non hanno voluto né coinvolgere né informare i familiari del percorso di cura intrapreso (e/o dell'uso di cocaina).

L'età all'accoglienza si associa significativamente ($\text{Chi}^2 = 14,4$; $p = .025$) al coinvolgimento dei familiari: il coinvolgimento prevale (10) quando il paziente ha tra i 31 e i 40 anni; tra i 20 e i 30 anni prevale la tendenza (13) ad informare i familiari ma a non coinvolgerli nel percorso, mentre oltre i 40 anni i familiari tendenzialmente non vengono né informati né coinvolti.

Tale andamento sembra, inoltre, collegato con lo stato civile dei pazienti che, come abbiamo visto, sono tendenzialmente single sotto i 30 anni, coniugati tra i 30 e i 40 e separati dopo i 40.

Valutazione psicologica in ingresso

Secondo quanto stabilito da modello, tutti i soggetti in ingresso sono stati sottoposti ad una batteria di test e questionari, tra cui l'SCL-90, una scala per la valutazione della propensione al rischio, un questionario sull'adattamento sociale e un questionario sulla qualità della vita.

Coerentemente alle caratteristiche dei consumatori di cocaina precedentemente riportate, i nostri soggetti evidenziano una scarsa percezione di disagio psichico, si valutano positivamente integrati, evidenziano una percezione media della qualità della vita e presentano una media propensione al rischio.

Va segnalato che gli strumenti proposti sono tutti self-report per cui portano a delle auto-valutazioni.

Nella somministrazione degli strumenti spesso si evidenziava una discrepanza tra la sofferenza psichica e relazionale comunicata e mostrata e le risposte fornite, in genere tendenti a mostrare una positiva immagine di sé, come se mancasse una capacità di leggere il proprio stato psichico o una difficoltà a riconoscerne lo stato di malessere.

Si evidenzia, tuttavia, che quando sono presenti elementi oggettivi di disagio, quali debiti e disoccupazione, i soggetti sembrano maggiormente in grado di riferire sofferenza psichica, come se tali aspetti oggettivi legittimassero la sofferenza stessa. In particolare, l'aver debiti si associa in modo significativo alla presenza di sentimenti di rabbia e ostilità ($\text{Chi}^2 = 8,8$; $p = .012$) e alla presenza di ideazione paranoidea ($\text{Chi}^2 = 6,7$; $p = .036$); parallelamente il punteggio totale all'SCL-90 è significativamente ($t = 4,02$; $p = .000$) più alto nei disoccupati ($M = 99,3$; $DS = 48,1$) rispetto agli occupati ($M = 44,8$; $DS = 26,6$).

Ancora i disoccupati presentano un punteggio significativamente ($t = -4,16$; $p = .001$) più basso al questionario sulla Qualità della Vita ($M = 50$; $DS = 14,1$) degli occupati ($M = 80,73$; $DS = 14,4$), risultato che indica nei primi un livello di stress significativamente più alto.

Risultati a 6 mesi di trattamento

Dopo 6 mesi di trattamento il t-test per campioni appaiati effettuato su 17 soggetti evidenzia una differenza significativa ($t = 2,6$; $p = .019$) nei livelli di cocaina presenti nelle urine.

Si passa, infatti da una media di 729,71 ($DS = 971,85$) a una media di 103,53 ($DS = 292,3$).

Il t-test per campioni appaiati effettuato sui soggetti che al momento hanno effettuato il post-test, evidenzia che a sei mesi di trattamento si registra una significativa riduzione dei sintomi rilevati dall'SCL-90 nell'area della sensibilità interpersonale ($t = 4,98$; $p = .002$): si passa da una media di .73 ($DS = .75$) al pre test ad una media di .50 ($DS = .7$) a sei mesi di distanza.

A sei mesi di trattamento, inoltre, si evidenzia una significativa riduzione ($t = 4,9$; $p = .016$) del livello di ricerca di esperienza: si passa da una media di 6,25 ($DS = 1,5$) all'ingresso a una media di 4,25 ($DS = 1,7$) a sei mesi.

Per quanto riguarda l'andamento del trattamento a oggi 21 soggetti risultano ancora in carico, 18 hanno interrotto prima dell'avvio del percorso, 10 hanno interrotto dopo alcuni mesi di trattamento al raggiungimento di risultati minimi, 4 sono stati inviati ad altra struttura e 4 sono stati dimessi.

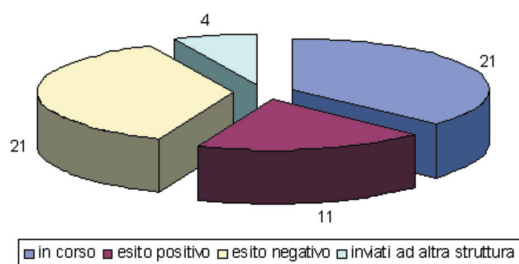
Il coinvolgimento dei famigliari si associa in modo statisticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 17,5$; $p = .026$) con lo stato del trattamento: si evidenzia una associazione tra il coinvolgimento dei familiari e il fatto che la persona sia ancora in carico (10 su 21),

tra l'interruzione ad un certo punto con il fatto che i familiari siano informati ma non coinvolti (5 su 10) e tra il non coinvolgimento dei familiari e l'interruzione prima dell'avvio del percorso (12 su 18).

Lo stato del trattamento si associa, inoltre, in modo statisticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 28,93$; $p = .000$) con il fatto di aver preso parte o meno al gruppo informativo: l'aver preso parte al gruppo si associa, in particolare, all'essere ancora attualmente in carico.

In fig. 3 è riportata la distribuzione dei soggetti considerati rispetto all'esito del trattamento, variabile che si associa in modo statisticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 22,4$; $p = .001$) con il fatto di aver preso parte o meno al gruppo informativo: l'aver preso parte al gruppo si associa all'essere ancora attualmente in carico, mentre il non averci preso parte si associa ad un esito negativo (21 su 22).

Fig. 3 - Esito trattamento



Per quanto riguarda la durata del trattamento, i pazienti restano in carico in media 5 mesi ($DS = 4,5$; minimo = 0; massimo = 16). Chi partecipa al gruppo informativo rimane in carico un numero di mesi ($M = 9,7$; $DS = 3,5$) significativamente maggiore ($t = 3,14$; $p = .003$) di chi non vi partecipa ($M = 4,1$; $DS = 4,5$).

Il coinvolgimento dei familiari influenza in modo significativo ($F = 9,2$; $p = .000$) i mesi di trattamento.

Il post hoc evidenzia un trattamento significativamente ($p = .016$) più lungo dei pazienti i cui familiari vengono coinvolti ($M = 8,43$; $DS = 5,1$) rispetto a quando i familiari sono informati ma non coinvolti ($M = 4,39$; $DS = 3,4$) e significativamente più lungo ($p = .000$) di quando non sono né coinvolti né informati ($M = 2,7$; $DS = 3,5$).

Anche il livello di stress percepito dal paziente influenza in modo significativo ($F = 5,2$; $p = .018$) la durata del percorso (e la tenuta); il post hoc evidenzia che chi riferisce un livello di distress moderato rimane in carico un numero di mesi ($M = 15$; $DS = 1,4$) significativamente maggiore di chi ha un distress severo ($M = 6,6$; $DS = 3,8$; $p = .032$) e di chi non presenta distress ($M = 6,33$; $DS = 3,6$; $p = .015$).

I mesi di trattamento correlano, inoltre, positivamente ($r = .45$; $p = .015$) con la sensibilità interpersonale: la presa in carico è tanto più lunga quanto più è elevata tale sensibilità all'avvio; si evidenzia una correlazione positiva tra i mesi di trattamento e l'intensità dei sintomi di ansia fobica iniziale ($r = .41$; $p = .031$), mentre la durata della presa in carico correlano negativamente ($r = -.83$; $p = .022$) con gli interessi lavorativi e del tempo libero. Al fine di meglio comprendere l'andamento dei dati abbiamo

fatto regredire sullo stato, sull'esito e sui mesi di trattamento le variabili considerate nello studio.

Alla *stepwise multiple regression analysis* l'esito del trattamento risulta predetto dall'adattamento sociale del paziente che spiega il 41% della varianza ($F[1,8] = 5,57 - p = .046$): quanto più basso è l'adattamento sociale del paziente quanto più è probabile che il paziente sia attualmente in carico o abbia conseguito un esito positivo ($\beta = .64$).

I mesi di trattamento risultano, invece, predetti dal livello di stress associato ai sintomi rilevati dall'SCL-90 che spiega il 54% della varianza ($F[1,8] = 9,22 - p = .016$): maggiore è il livello di stress percepito e più il paziente tende a rimanere in carico ($\beta = .73$).

Considerazioni conclusive

L'obiettivo di questo articolo è di presentare in forma preliminare una proposta di presa in carico territoriale dei consumatori di cocaina.

Tale proposta si basa su una visione complessa del paziente, che contempli un'attenzione sistemica alle sue caratteristiche individuali in relazione al suo contesto di appartenenza, che consenta una gestione dell'uso problematico di cocaina senza limitare il paziente ad esso.

Per quanto il progetto da noi intrapreso sia ancora all'inizio della sua fase sperimentale, riteniamo che alcuni dei risultati esposti permettano di far luce su un fenomeno estremamente attuale.

Dalle analisi fino ad ora effettuate si evidenzia una difficoltà nell'intercettare e prendere in carico le donne consumatrici di cocaina; emerge, inoltre, l'indicazione di una prognosi migliore in coloro che presentano uno scarso adattamento sociale e un più alto livello di stress della sintomatologia psichica nella fase di accoglienza.

Tali pazienti, infatti, tendono a rimanere più a lungo in carico, fattore che sembra predire risultati più duraturi nel tempo.

Va evidenziato a proposito di tale considerazione che la maggior parte dei pazienti cocainomani, come già sottolineato, tende a presentare una immagine positiva di sé e mostra scarsa consapevolezza del disagio psichico sperimentato pur evidente all'osservatore esterno.

Possiamo ipotizzare che coloro che riportano risultati positivi dal trattamento non siano necessariamente coloro che in ingresso stanno peggio ma, piuttosto, coloro che sono maggiormente in grado di cogliere, leggere e riferire tale sofferenza, riuscendo di conseguenza ad elaborare una più positiva richiesta d'aiuto.

Sulla base di tale ipotesi potremmo, quindi, ritenere come prioritario nel trattamento dei pazienti consumatori di cocaina il lavoro volto ad aiutarli a meglio interpretare e leggere il proprio vissuto interiore, a cogliere e accettare la sofferenza in un contesto protetto e tutelante che consenta loro di "addomesticare il dolore" per passare poi all'individuazione di nuove e sane strategie di gestione della sofferenza stessa.

Dai risultati fin ad ora emersi, si evidenzia, infine, l'efficacia terapeutica delle esperienze di gruppo e del coinvolgimento dei familiari del paziente nel percorso di cura.

Raccomandazione civica sulle tossicodipendenze

Realizzata da Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato
in collaborazione con FeDerSerD, FIMMG, LILA, Legacoop

Le dipendenze

Con il termine di tossicodipendenza l'OMS definisce una malattia ad andamento cronico-ricidivante che spinge l'individuo, in maniera più o meno coatta, ad assumere sostanze (droghe) a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza.

Secondo i professionisti dei Ser.T. che aderiscono ai moderni enunciati della neurobiologia delle dipendenze, la tossicodipendenza e l'alcolismo sono dei disordini comportamentali "appresi" indotti dall'uso cronico di qualsiasi sostanza stupefacente e alla cui base sono presenti precise alterazioni di specifici meccanismi omeostatici che giustificano l'alterazione dei sistemi della gratificazione e della motivazione al cambiamento; l'assunzione di sostanze che generano un danno fisico, psicologico, affettivo, emotivo o sociale è considerata una sindrome biopsico-sociale.

Secondo i medici di medicina generale la tossicodipendenza è una malattia cronica caratterizzata da ricadute e necessità di interventi integrati. Questa definizione è stata condivisa dall'80,4 % dei medici che hanno partecipato all'indagine INSer.T. - Un monitoraggio dei cittadini sui Servizi per le Tossicodipendenze¹.

Numerose sono le definizioni che riguardano il fenomeno della tossicodipendenza ed è, quindi, verosimile dichiarare che è forse più corretto dire che non esiste ancora un sistema assoluto di lettura dell'addiction² in grado di spiegarne la complessità in un quadro di "enunciati logicamente coerenti".

Il contesto Europeo

A livello europeo, la Relazione annuale 2007 sull'evoluzione del fenomeno della droga dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) mette in luce alcuni punti interessanti:

- si è verificato un picco di uso di **cannabis**;
- è aumentata la consapevolezza delle Istituzioni riguardo i correlati problemi per la **salute pubblica**;
- tornano in crescita le stime sul consumo di **cocaina**;
- il consumo di **eroina** risulta essere stabile ma è preoccupante l'aumento dei problemi relativi agli oppiacei sintetici utilizzati per la cura del dolore neoplastico;
- il dato più allarmante è la diminuzione di tendenza al calo dei **decessi per overdose**.

Di grande rilevanza in Europa è il fenomeno della "poliassunzione" che "corrisponde all'uso di più di una droga o tipo di droga da parte del medesimo individuo, consumata contemporaneamente o in sequenza. In Europa il concetto di poliassunzione è nato negli anni Settanta. Le sostanze considerate sono di solito le principali droghe illecite, l'alcol e i farmaci"³.

Il contesto italiano

I dati del contesto europeo sono in linea generale confermati nel trend italiano.

Nel nostro Paese il fenomeno raggiunge anno dopo anno profili allarmanti. Colpisce un sempre più elevato numero di assuntori in trattamento; sono circa 300.000 tra tossicodipendenti da sostanze ed alcolisti. Le carenze strutturali e di numero di addetti pubblici dedicati alla cura delle dipendenze lasciano, di conseguenza, un gran numero di famiglie ad affrontare la problematica senza il sufficiente sostegno dei professionisti, con conseguenze su stabilità e dinamiche familiari.

Il paziente tossicodipendente in genere si porta dietro una serie di disagi sociali e patologie che necessitano di una presa in carico totale. Molto spesso accanto alla tossicodipendenza si associano patologie comorbili rappresentate sia dai disturbi mentali ed in questo caso si parla di "Doppia Diagnosi", che da diverse malattie infettive maggiormente rappresentate dall'AIDS e dalle epatiti virali B e C.

Tali comorbilità talvolta preesistono al consumo delle sostanze; in altri casi sono invece provocate dall'uso delle droghe stesse. Risulta inoltre preoccupante la diffusione dei virus HIV e HCV: è ancora bassa la percentuale di pazienti sottoposti a test, si pensi ad esempio che per oltre il 50% degli individui la positività al test del virus HIV viene diagnosticata quando la diagnosi è ormai di AIDS.

A fronte di questa complessità della condizione del paziente è richiesto un approccio diagnostico-terapeutico globale ed auspicabilmente integrato e multidisciplinare, che coinvolga i servizi offerti dai Ser.T. in sinergia con quelli dei Dipartimenti di Salute Mentale, dei Medici di Medicina Generale e dei Servizi di Infettivologia/Epatologia.

In Italia tuttavia non esiste ancora la diffusione uniforme dei percorsi diagnostico-terapeutici unificati, né interventi specifici integrati per la cura dei disturbi additivi, tranne in alcune eccezioni dove viene garantita la collaborazione tra i servizi sopraccitati.

La Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 2007 rileva i seguenti trend sul consumo di sostanze stupefacenti:

- per quanto riguarda il numero delle persone che fa uso di **eroina**, in costante diminuzione dal 2001, si osserva, in generale, una stabilità nella diffusione dell'uso. Si stima che 15 persone su 1000 abbiano utilizzato la sostanza almeno una volta nella vita. Di questi, almeno 3 persone su 1000 residenti hanno assunto, nel 2007, tale sostanza, somministrandosela in vario modo; solo 1 su 1000 ne ha fatto un uso pressoché quotidiano;
- relativamente al consumo di **cocaina**, il 2007 non evidenzia sostanziali differenze con le rilevazioni del 2006; sembrerebbe, quindi, attenuarsi il trend pluriennale di aumento registrato negli anni precedenti;
- per quanto concerne **sostanze stimolanti e allucinogeni**, si osservano solo leggeri aumenti nella popolazione generale rispetto al dato degli anni precedenti, anche se tali incrementi

ti diventano significativi considerando il consumo di queste sostanze fra gli studenti;

- aumenta, invece, la diffusione dell'uso di **cannabis**; si osservano incrementi sia per ciò che riguarda il consumo "occasionale" (una o più volte negli ultimi dodici mesi), che per quanto concerne i consumi più frequenti (una o più volte negli ultimi trenta giorni e uso quotidiano).

I giovani tra i 15 e i 18 anni cominciano assumendo alcol e sostanze psicotrofici come l'ecstasy (poliassunzione). Inoltre, il rapporto dell'Osservatorio epidemiologico metropolitano delle dipendenze patologiche della regione Emilia Romagna, indica che l'età media del primo uso di droga si aggira attorno ai 15-16 anni ma un buon 33% dichiara di aver iniziato prima dei 15 anni. Ormai i consumatori sperimentano e utilizzano molto di ciò che il mercato offre loro. La droga non serve più ad estraniarsi ma, al contrario, ad adeguarsi al massimo alla situazione del momento, ottimizzando le proprie prestazioni (droghe "da performance").

Previsioni di abuso ed evoluzione futura del fenomeno

Secondo i dati ricavati dal Laboratorio Previsionale 2007 "Prevo.Lab. - Previsione dell'evoluzione dei fenomeni di abuso per gli anni 2007-2010"⁴ si prevede che in Italia nel 2010 il numero dei consumatori di cocaina potrebbe aumentare del 40% circa rispetto al numero dei consumatori del 2007. Prevo.Lab stima che il numero dei consumatori, nel 2010, sia compreso fra gli 800.000 e i 1.100.000 individui (circa il 3% della popolazione italiana fra i 15 e i 54 anni).

Si può ipotizzare una tendenza 2007-2010 di possibile sensibile incremento del numero dei consumatori di eroina. Ad una prima valutazione preliminare, che dovrà essere rivalutata, è possibile ipotizzare un aumento dei consumatori tra il 10% e il 20%. Tale aumento potrebbe riguardare maggiormente i soggetti più giovani della popolazione che non hanno l'immagine storica dell'eroina connessa con malattia, devianza ed emarginazione. Essi potrebbero quindi vederla come sostanza alternativa ad altre, nei format di consumo diversi dal "buco", con basso principio attivo e associata ad altre sostanze. Tutto ciò porta alla necessità di suggerire una forte attenzione preventiva soprattutto per quanto riguarda le fasce giovanili della popolazione (tra i 14 e i 20 anni) che ormai sono considerabili il target di un'azione di mercato già in atto. Tutti gli elementi in possesso di Prevo.Lab inducono a supporre, nel 2010, un'ulteriore crescita dei consumatori di cannabis, che potrebbe essere stimata fra il 20 e il 30% del numero dei consumatori del 2007, soprattutto in relazione alla natura della sostanza. Ciò sembra essere dettato dall'incremento del multi-consumo, dall'"invito sociale" ad un uso esagerato, dalla poliassunzione, dalla contiguità con altre sostanze e dalla possibilità di autocoltivazione.

Da un punto di vista strettamente quantitativo, l'elaborazione dei dati in possesso di Prevo.Lab fa ipotizzare un forte aumento dei consumatori, con un incremento dagli attuali 3.500.000 a circa 4.500.000 nel 2010 (considerando come ragionevole un intervallo tra i 3.800.000 e i 5.100.000 consumatori).

L'indagine condotta da Eurisko nel 2008, "Il valore dell'affido"⁵, ha evidenziato un consenso diffuso dell'affido del trattamento farmacologico ai pazienti tossicodipendenti in terapia presso i Ser.T.; il 60% dei pazienti intervistati beneficiava del trattamento in affido terapeutico.

I benefici che derivano da tale approccio terapeutico sono diversi:

- maggiore intensità dei livelli di risocializzazione dei soggetti in trattamento e nel ritorno ad una vita normale, in particolare con la possibilità di trovare e/o mantenere un posto di lavoro (non occorre che si rechino tutti i giorni presso i Ser.T.);
- incremento dei livelli di responsabilizzazione e autonomia del paziente;
- miglioramento della relazione di fiducia fra medico e paziente. Il ritorno al consumo di sostanze oppiacee potrebbe essere gestito, ai fini di un corretto ripristino degli equilibri psicosociali di questi soggetti, attraverso un regime terapeutico che contempli la possibilità di affidare il farmaco direttamente al paziente, al fine di impedire a quest'ultimo di continuare a subire gli effetti negativi determinati dal mantenimento di una condotta di vita caratterizzata dal rapporto coercitivo con le sostanze in genere e che rischia di generare la cronicizzazione del suo stato di malattia.

Perché una Raccomandazione civica sulle tossicodipendenze in Italia

L'interesse al tema delle tossicodipendenze nasce, da una parte, dall'attenzione sviluppata nei confronti del riequilibrio dell'offerta di prestazioni sanitarie dall'ospedale al territorio, e dall'altra, dalla necessità di tutelare i diritti dei soggetti più deboli - destinati peraltro secondo le stime ad aumentare - che le dinamiche della società moderna tendono a stigmatizzare. Solo con un'attitudine alla riorganizzazione del percorso diagnostico terapeutico e con un lavoro di prevenzione e sensibilizzazione questa tendenza può essere invertita.

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato ha realizzato nel corso del 2006/2007 una ricognizione che ha avuto come oggetto alcuni aspetti gestionali e strutturali del servizio per le tossicodipendenze in Italia basandosi sulla raccolta diretta di informazioni provenienti dai responsabili dei Ser.T., dagli utenti del servizio, dai Medici di Medicina Generale (MMG) e da una osservazione diretta delle strutture condotta dai cittadini.

Il rapporto INSer.T. - un monitoraggio dei cittadini sui Servizi per le Tossicodipendenze ha messo in luce alcune criticità che caratterizzano la presa in carico dei pazienti.

In particolare:

- lo scarso **coinvolgimento dei Medici di famiglia** (Medici di Medicina Generale) nel percorso terapeutico dei tossicodipendenti e la difficoltà di inserire gli stessi in una rete di servizi rivolti a questi cittadini. Le difficoltà in tal senso trovano origine nella difficoltà di collaborazione⁶.
- L'inadeguata preparazione in tossicologia e le conseguenze del disagio che la presenza di tossicodipendenti procurerebbe agli altri assistiti.

È emerso anche che i MMG nell'80% dei casi sospettano che un paziente abbia uno stato di tossicodipendenza e sono comunque considerati dai cittadini stessi un punto di riferimento, visto il rapporto di fiducia che hanno con i propri assistiti.

- La necessità di un raccordo tra **Ser.T., MMG e Famiglie**. Gli stessi responsabili dei Ser.T. affermano che non è stata formalizzata una procedura per favorire il raccordo tra gli operatori del servizio e il medico di famiglia del paziente; stessa problematica riguarda il coinvolgimento delle famiglie.
- Le **scarse risorse dei Ser.T.** intese come risorse umane ed economiche per garantire l'efficienza del servizio, anche alla luce dell'aumento del tasso delle tossicodipendenze⁷.

- La scarsa attenzione ai **bisogni degli utenti**, che richiedono una copertura assistenziale e sociale continuativa. I desideri dei pazienti, in tal senso sono: maggiore privacy, più tempo da parte degli operatori, inserimento in attività lavorative, apertura pomeridiana del servizio e comunque tutti i giorni della settimana, la messa in sicurezza delle strutture⁸.
- La necessità di **valorizzare le buone pratiche** esistenti nella gestione del paziente tossicodipendente.

Occorre poi considerare che i Servizi per le tossicodipendenze, pur essendo un punto di riferimento per le comunità, soffrono spesso nel nostro Paese una condizione di isolamento rispetto agli altri servizi presenti nello stesso territorio.

Gli stessi operatori si sentono molto spesso abbandonati come i loro pazienti.

Da qui l'auspicio che ciascuno degli Attori coinvolti nel sistema assuma gli impegni contenuti in questa Raccomandazione civica, che non vuole essere una semplice enunciazione di desiderata da avanzare a tutti quei soggetti istituzionali, del mondo scientifico e dell'associazionismo.

L'obiettivo è quello di individuare e raccomandare l'implementazione di azioni che vadano in una direzione comune sul tema, a partire dalle buone pratiche⁹ già presenti sul territorio.

Finalità della Raccomandazione civica

La finalità della Raccomandazione è dare un contributo concreto per l'identificazione di politiche di tutela volte al superamento delle principali criticità evidenziate nella presa in carico e nell'assistenza al paziente con tossicodipendenza, a partire dalle esperienze positive esistenti e passando attraverso alcune questioni centrali: **la partecipazione dei cittadini utenti, degli altri soggetti sociali coinvolti, la lotta allo stigma, l'integrazione dei servizi sul territorio, la diagnosi precoce, le risorse socio-sanitarie presenti sul territorio.**

I soggetti interessati dalla Raccomandazione

La raccomandazione è indirizzata a:

- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca;
- Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Regioni;
- Comuni;
- Province;
- Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- Dipartimenti delle Dipendenze e servizi per le Tossicodipendenze;
- Medici di Medicina Generale;
- Ambulatori Specialistici;
- Società Scientifiche;
- Organizzazioni Civiche; Rete dei Servizi Sociali; Comunità Terapeutiche ed altri Enti del Privato Sociale;
- Il mondo dell'informazione.

Al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali si raccomanda di:

- incrementare le risorse economiche da destinare specificamente alla cura e alla prevenzione, alla inclusione sociale, delle tossicodipendenze, allineandole agli standard europei;

- garantire una più diffusa e qualificata informazione rivolta a cittadini e specialisti socio-sanitari;
- favorire la progettazione finalizzata al miglioramento dell'integrazione tra i Ser.T. e Medici di Medicina Generale;
- stimolare forme e processi di integrazione tra i Dipartimenti delle dipendenze patologiche ovvero i Ser.T. e i Dipartimenti di Salute Mentale per la cura dei tossicodipendenti in doppia diagnosi;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche ed Istituzioni per combattere lo stigma sociale;
- disegnare modelli di integrazione tra i Dipartimenti delle dipendenze patologiche ovvero Ser.T. e i Servizi di Infettivologia/Epatologia per la prevenzione e la cura di patologie che interessano quest'area specialistica;
- valutare gli esiti dei trattamenti attraverso l'individuazione condivisa di indicatori specifici;
- monitorare la qualità dei servizi offerti dal territorio coinvolgendo professionisti socio sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche ed Istituzioni;
- coinvolgere nella rete dei servizi la partecipazione attiva delle organizzazioni civiche;
- promuovere progetti di formazione continua per il personale socio-sanitario, compresi i Medici di Famiglia;
- individuare tra le priorità la messa in sicurezza dei dipartimenti e i servizi per le tossicodipendenze.

Al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca si raccomanda di:

- promuovere e coordinare attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate, investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche;
- coinvolgere nelle campagne di informazione la partecipazione attiva delle organizzazioni civiche e del mondo dell'informazione;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale;
- istituire centri di informazione e consulenza rivolti agli studenti all'interno delle scuole secondarie superiori.

Al Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri si raccomanda di:

- monitorare la qualità dei servizi offerti dal territorio coinvolgendo professionisti socio sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche ed Istituzioni, investendo sulla valutazione civica;
- promuovere, indirizzare e coordinare il lavoro di tutti i soggetti attivi nel settore delle tossicodipendenze per attività di prevenzione (es. campagne informative);
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale;
- coinvolgere le organizzazioni civiche nella Conferenza nazionale sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope;
- promuovere ed indirizzare campagne di testing sulla popolazione tossicodipendente;
- destinare fondi per la realizzazione di progetti rivolti alla riduzione del danno e alla prevenzione della tossicodipendenza,

indirizzati in particolare ai giovani (potenziando il ruolo dei centri di aggregazione giovanile) ed ai cittadini in stato di detenzione.

Alle Regioni si raccomanda di:

- aumentare il numero dei Ser.T. presenti sul territorio e riorganizzare l'organico dei servizi secondo una logica dipartimentale;
- incrementare i fondi per campagne di testing sulla popolazione tossicodipendente;
- garantire, al settore delle dipendenze, l'assegnazione delle risorse previste dal Piano Sanitario, destinate ad assicurare l'efficienza del servizio, la programmazione di nuovi interventi ecc.;
- promuovere e coordinare attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate, investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche;
- realizzare progetti volti alla riduzione del danno e alla prevenzione della tossicodipendenza, indirizzati in particolare ai giovani (potenziando il ruolo dei centri di aggregazione giovanile) ed ai cittadini in stato di detenzione.
- strutturare modelli di integrazione e collaborazione tra i Ser.T., i Medici di Medicina Generale, i Centri di Salute Mentale e i Servizi di Infettivologia/Epatologia;
- mappare le strutture socio-sanitarie che si occupano di tossicodipendenze presenti sul territorio;
- promuovere progetti di formazione continua per il personale socio-sanitario, compresi i Medici di Famiglia;
- aggiornare i professionisti socio-sanitari sulle risorse presenti al livello regionale, comunale e provinciale per la presa in carico del paziente tossicodipendente;
- garantire e monitorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti attraverso l'adozione di specifici indicatori di esito condivisi, investendo sulla valutazione civica;
- valorizzare le buone pratiche presenti sul territorio e metterle a disposizione, al livello nazionale, della rete dei Ser.T., dei medici di famiglia, dei DSM, e di tutti i servizi coinvolti nella presa in carico;
- destinare risorse adeguate per la prevenzione e la riduzione del danno indotte dall'uso di sostanze e dalle malattie sessualmente trasmesse all'interno dei presidi penitenziari;
- promuovere azioni finalizzate alla messa in sicurezza dei servizi per le Tossicodipendenze nel rispetto delle norme previste dal D.Lgs. 81/08 Testo unico sulla sicurezza sul lavoro;
- regolamentare le procedure di controllo preventivo per i lavoratori che svolgono attività rischiose;
- garantire l'accettabilità, per il paziente e per le famiglie, della quota di compartecipazione alle rette per l'assistenza riabilitativa;
- differenziare gli interventi di cura sulla base di programmi personalizzati, da gestire a livello residenziale, semiresidenziale, domiciliare, ambulatoriale, territoriale, assicurando la continuità tra assistenza, riabilitazione e inclusione sociale.

Alle Province si raccomanda di:

- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale;
- promuovere e coordinare attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate,

investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche;

- favorire il recupero e il reinserimento sociale attraverso l'avviamento al lavoro di tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti;
- collaborare con i Ser.T. e le organizzazioni civiche per favorire il recupero dei soggetti ad alto rischio di marginalità e devianza.

Ai Comuni si raccomanda di:

- garantire e monitorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti coinvolgendo i cittadini (anche in regime di detenzione) e le organizzazioni civiche;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale, investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche;
- implementare campagne di reinserimento scolastico, lavorativo e sociale del tossicodipendente;
- garantire l'accettabilità, per il paziente e per le famiglie, della quota di compartecipazione alle rette per l'assistenza riabilitativa.
- differenziare gli interventi di cura sulla base di programmi personalizzati, da gestire a livello residenziale, semiresidenziale, domiciliare, ambulatoriale, territoriale, assicurando la continuità tra assistenza, riabilitazione e inclusione sociale.

Alle ASL si raccomanda di:

- promuovere progetti di formazione continua per il personale socio-sanitario, compresi i Medici di Famiglia e i medici penitenziari;
- realizzare progetti volti alla riduzione del danno e alla prevenzione della tossicodipendenza, indirizzati in particolare ai giovani (potenziando il ruolo dei centri di aggregazione giovanile) ed ai cittadini in stato di detenzione, investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche;
- incrementare i fondi per le campagne di testing;
- destinare risorse adeguate per la prevenzione e la riduzione del danno indotte dall'uso di sostanze e dalle malattie sessualmente trasmesse all'interno dei presidi penitenziari;
- destinare strutture adeguate ai servizi per le tossicodipendenze, avvicinandoli e integrandoli agli altri servizi di cura della ASL stessa;
- promuovere iniziative volte al benessere dell'operatore (burn-out...);
- promuovere iniziative di valutazione ed autovalutazione del servizio offerto, coinvolgendo i cittadini (anche in regime di detenzione) e le organizzazioni civiche, tramite la valutazione civica, anche al fine di sensibilizzare e motivare l'operatore alla qualità del servizio;
- garantire l'integrazione e la collaborazione tra i Ser.T., i Medici di Medicina Generale, i Dipartimenti di Salute Mentale e i Servizi di Infettivologia/Epatologia;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche ed Istituzioni per combattere lo stigma sociale;

- garantire l'accettabilità, per il paziente e per le famiglie, della quota di compartecipazione alle rette per l'assistenza riabilitativa;
- differenziare gli interventi di cura sulla base di programmi personalizzati, da gestire a livello residenziale, semiresidenziale, domiciliare, ambulatoriale, territoriale, assicurando la continuità tra assistenza, riabilitazione e inclusione sociale;
- mettere in sicurezza i servizi per le Tossicodipendenze nel rispetto delle norme previste dal D.Lgs. 81/08, Testo unico sulla sicurezza sul lavoro.

Ai Dipartimenti e ai Servizi per le Tossicodipendenze si raccomanda di:

- garantire il tempestivo accesso alle cure, provvedendo a ridurre progressivamente le liste di attesa, collaborando con i Medici di Medicina Generale i Dipartimenti di Salute Mentale e i Servizi di Infettivologia/Epatologia nei processi di cura e nella predisposizione di programmi personalizzati ed integrati;
- effettuare analisi delle condizioni cliniche socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia;
- elaborare, attuare e verificare programmi terapeutici e socio-riabilitativi da svolgersi anche attraverso strutture del privato sociale individuate dalle Regioni;
- progettare ed eseguire in forma diretta o indiretta interventi di informazione e prevenzione, investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche;
- incrementare approcci di cura innovativi in risposta ai nuovi bisogni, ai nuovi consumi ed ai nuovi utenti;
- promuovere iniziative volte al benessere dell'operatore (burn-out...);
- promuovere iniziative di valutazione ed autovalutazione del servizio offerto coinvolgendo organizzazioni civiche, familiari e pazienti;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale;
- promuovere azioni finalizzate alla messa in sicurezza dei servizi per le Tossicodipendenze nel rispetto delle norme previste dal D.Lgs. 81/08, Testo unico sulla sicurezza sul lavoro.

Ai Medici di Medicina Generale ed ai Responsabili degli Ambulatori Specialistici si raccomanda di:

- instaurare con il paziente una relazione di fiducia, necessaria per concorrere alla gestione del paziente ed anche all'eventuale affidamento della terapia;
- farsi promotori di iniziative di sensibilizzazione sul tema delle tossicodipendenze rivolte a particolari fasce di età ed alle famiglie;
- partecipare ad iniziative di formazione ed aggiornamento nell'ambito delle dipendenze patologiche e tossicologia;
- sensibilizzare ed informare il paziente con problemi di dipendenza rispetto alle patologie correlate alla tossicodipendenza ed indirizzarlo ai servizi competenti;
- promuovere l'informazione nel proprio studio medico per contribuire al superamento dei pregiudizi;
- fare rete con i servizi territoriali per far sentire il cittadino parte di un progetto di cura che favorisca il reinserimento sociale;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale;

- incrementare attività di screening per le patologie correlate alla tossicodipendenza.

Alle Società scientifiche si raccomanda di:

- promuovere iniziative di formazione;
- presentare i risultati ed i miglioramenti ottenuti nelle realtà in cui sono state sperimentate buone pratiche;
- investire in attività di ricerca e informazione su approcci terapeutici innovativi;
- organizzare incontri volti a favorire l'integrazione tra specialisti Ser.T., Medici di Medicina Generale e gli altri professionisti socio-sanitari;
- realizzare e diffondere materiale informativo;
- collaborare con operatori socio-sanitari, organizzazioni civiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale;
- collaborare con organizzazioni civiche, di familiari e di pazienti per individuare nuovi bisogni e programmare gli adeguati interventi.

Alle Organizzazioni civiche, alla Rete dei Servizi Sociali ed alle Comunità Terapeutiche ed altri Enti del Privato Sociale si raccomanda di:

- collaborare con gli operatori e le società scientifiche per promuovere campagne di informazione, prevenzione e sensibilizzazione, investendo in primis sulla peer education, ovvero sulla partecipazione dei giovani, in ambito scolastico ed extrascolastico, con scuole aperte, spazi e servizi comunali gestiti coi giovani e le organizzazioni civiche, per una riappropriazione del territorio in parte oggi occupato anche nel mondo del divertimento e del tempo libero da dinamiche devianti, che di fatto condizionano anche l'uso di droghe;
- promuovere e partecipare ad attività di valutazione dei servizi e delle prestazioni che coinvolgano anche organizzazioni civiche, familiari e pazienti, tramite la valutazione civica;
- fornire strumenti per facilitare la comunicazione medico – paziente;
- collaborare con operatori socio-sanitari, società scientifiche, Istituzioni e mondo dell'informazione per combattere lo stigma sociale.

Al mondo dell'informazione si raccomanda di:

- collaborare con operatori socio-sanitari, organizzazioni civiche, Istituzioni per dare risonanza alle attività e combattere lo stigma sociale;
- favorire una corretta informazione sulle questioni inerenti le dipendenze patologiche;
- veicolare buone pratiche esistenti a livello nazionale ed europeo in collaborazione con chi le implementa.

Progetti ed esperienze

In Italia cura, prevenzione e riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive sono state garantite attraverso l'istituzione su tutto il territorio nazionale dei **Ser.T.**

A fronte di carenze di risorse e inefficienze del sistema, esistono tuttavia esperienze positive. Si tratta semplicemente di professionisti socio-sanitari che, nonostante le carenze dei servizi, riescono a mettere a punto esperienze che migliorano la qualità dell'assistenza.

*Progetto Dipartimento dipendenze patologiche
ASL FG sezione n. 1 San Severo (Fg)
"Luoghi e percorsi di peer education e promozione
della salute"*

Il progetto è basato sulla creazione di una struttura/contenitore polivalente, dedicata alla formazione, produzione e alla divulgazione della peer education e della promozione della salute, anche tramite le arti audiovisive.

Il percorso progettuale che si colloca nel solco del programma "Dalle dipendenze alla partecipazione", ha come finalità precipua la costruzione di un sistema integrato di interventi di prevenzione, reinserimento e inclusione sociale, per la prevenzione, promozione della salute, partecipazione e protezione sociale, affermando stili di vita compatibili e la solidarietà.

Il progetto in particolare, riqualificando una struttura pubblica coordinata dal Dipartimento dipendenze patologiche di S. Severo, in interazione col Programma Regionale "Bollenti spiriti", che investe sui giovani non più visti come "problema" bensì come risorse, ha inteso avviare una serie di iniziative e un programma comune di azioni il cui obiettivo fondamentale è quello di promuovere da una parte l'aspetto pedagogico-culturale, connesso alla peer education finalizzata alla promozione della salute, secondo i dettami dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), dall'altra la valorizzazione delle risorse locali.

In particolare, questo intervento è teso anche a provocare favorendo un incremento delle abilità in senso stretto e dell'"autostima". Considerata l'alta percentuale della popolazione giovanile, tra i fruitori principali, che afferiranno alle diverse sezioni di attività del centro, sulla base di opzioni, da contestualizzare e rilevare, già nella fase di costruzione partecipata della Carta dei servizi, vi saranno in particolare gli studenti di tutte le scuole, dalle primarie alle superiori, con "percorsi" e programmi "personalizzati", ciò sia nella condizione e nel tempo "scolare" che "extra-scolare".

Progetti Ser.T. - MMG. Pescara e Trieste

I progetti che nascono sia presso il Ser.T. di Pescara che presso il Dipartimento delle Dipendenze di Trieste, sono stati ideati per superare lo stigma della malattia tossicodipendenza, per avvicinare più facilmente il paziente al MMG e per qualificare la funzione dei Ser.T.

Nella pratica il paziente si reca nei Ser.T. dove è sottoposto a visita medica, ad esami del sangue e delle urine, a colloqui con lo psicologo e con l'assistente sociale.

A questo punto in una riunione di équipe multiprofessionale si studia, dopo aver precisato la diagnosi, il progetto terapeutico che è individuale e subito dopo il paziente viene affidato al medico di famiglia che gli prescrive i farmaci indicati dal Ser.T. In questo modo si rivaluta la figura del medico di famiglia che accresce al tempo stesso le conoscenze nel campo della tossicodipendenza.

Il paziente è continuamente monitorato e sottoposto a controlli presso il Ser.T.

Emerge che i pazienti frequentano volentieri lo studio del medico con il quale stabiliscono un rapporto di reciproca fiducia.

Attraverso questo progetto si annullano la vergogna, lo stigma ed il timore del paziente che il MMG possa informare impropriamente la sua famiglia.

*Progetto Base MMG - Ser.T. - Farmacie Territoriali.
Roma, Asl Roma/E*

Un progetto che nasce nel 2004 su iniziativa dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma e si sviluppa nell'area della Asl Roma/E con l'obiettivo di attivare dei percorsi terapeutici personalizzati con la collaborazione del medico di famiglia. Sono stati coinvolti la ASL, i Ser.T. e i medici di medicina generale che inizialmente hanno seguito un corso di formazione e poi hanno intrapreso un percorso di collaborazione con i Ser.T. stessi rispetto al trattamento di pazienti in trattamento con il metadone.

Il percorso iniziale ha dato avvio ad un protocollo operativo in cui i Ser.T., dopo aver individuato in équipe i pazienti in trattamento farmacologico con metadone ed in fase avanzata di riabilitazione, inviano ai medici di famiglia i pazienti selezionati, provvisti di uno specifico piano terapeutico corredato da tutte le fasi successive di valutazione e monitoraggio del programma riabilitativo.

Diversamente quando è il medico di famiglia che individua il paziente, questi richiede la consulenza del Ser.T che rinvia il paziente al medico di famiglia con la prescrizione del programma farmacologico.

Ulteriore compito del medico di medicina generale è quello di provvedere alla sensibilizzazione delle farmacie di zona, con le quali instaura un preciso rapporto di collaborazione e monitoraggio del fenomeno in tal senso.

Ci troviamo, pertanto, di fronte ad un progetto che sviluppa una specifica attività di rete assistenziale e che soprattutto migliora sensibilmente la qualità della vita del paziente tossicodipendente, facendolo sentire sempre più un "normale" cittadino e risolvendo più adeguatamente i problemi relativi allo "stigma" che lo stesso si è "guadagnato" attraverso il suo reiterato comportamento tossicomane.

Progetto Nazionale Ser.T. sull'affido terapeutico

Il progetto si riferisce ad una pratica che i Ser.T. di tutto il territorio nazionale applicano attraverso la consegna dei farmaci agonisti (Metadone e Buprenorfina) direttamente ai soggetti farmacodipendenti afferenti al servizio.

L'affidamento del farmaco, che avviene in conformità ad uno specifico Decreto del Ministero della Salute¹⁰ e per un periodo non superiore ai trenta giorni, si determina all'interno di un Piano Terapeutico individualizzato che viene consegnato al paziente e/o al suo delegato.

La procedura di affidamento viene decisa previa riunione dell'équipe di professionisti del Ser.T. di riferimento.

I vantaggi di tale procedura sono da individuare nella possibilità di reintegrare progressivamente i pazienti tossicodipendenti in una "normale" routine sociale che li avvantaggia soprattutto nella loro attività di reinserimento lavorativo ma, in particolare modo, permette la riattivazione di quelle dinamiche familiari che l'uso continuativo delle sostanze stupefacenti altera ineluttabilmente.

Progetto "Doppia Diagnosi". Roma, ASL Roma C

Attraverso tale pratica ci si pone l'obiettivo di garantire, per i pazienti affetti da dipendenze patologiche con concomitante disturbo/patologia psichiatrica (Doppia Diagnosi), un intervento ed

un trattamento multimodale integrato fornito da un'equipe multidisciplinare costituita da operatori delle UU.OO.CC. Prevenzione e Cura delle Tossicodipendenze ed Alcolismo (Ser.T.) e del Dipartimento Salute Mentale (DSM), entrambi della ASL Roma C.

I target specifici di questo protocollo d'intesa sono rappresentati dalla corretta valutazione e trattamento dei pazienti affetti da Doppia Diagnosi; dalla costruzione di un piano terapeutico integrato (tossicologico e psichiatrico); dal pronto allestimento di interventi di urgenza sia in ambito psichiatrico che tossicologico; dalla formalizzazione di protocolli di collaborazione con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) per il ricovero del paziente in ambiente psichiatrico al fine di scongiurare eventuali condizioni pericolose come il rischio suicidiario, i gravi quadri psicotici e l'eccitamento maniaco ed infine dall'inserimento del paziente in strutture intermedie di pertinenza tossicologica e/o psichiatrica con finalità riabilitative.

Progetto Reggio Emilia

“Servizio a bassa soglia per policonsumatori di sostanze stupefacenti” Il centro “bassa soglia” denominato “Villetta Svizzera” è gestito dal servizio pubblico per le attività socio-sanitarie e dal privato sociale per le attività educative e di assistenza sociale. Al centro si rivolgono persone con lunghe storie di abuso e con loro si lavora sulla prevenzione dell'overdose, sulla riduzione della mortalità per suicidio, per riportare la domanda di salute dei soggetti trattati nella rete di servizi, estraendola dallo stato di emarginazione e per ridurre i rischi di aggravamento dello stato fisico, mentale e sociale dovuto alla marginalità sociale. (Buona pratica premiata al Premio Alesini, Tribunale per i diritti del malato, anno 2003 con il premio speciale della giuria).

Progetto ASL ROMA C Ser.T. - Centro di Infettivologia

Sviluppato dalla Struttura Complessa Ser.T. del Distretto 11 della ASL RMC e la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), si pone come obiettivo generale quello di favorire l'accesso alle terapie specialistiche dei tossico-alcolodipendenti (TD/ALC) con diagnosi di epatopatia alcolica e/o da infezione cronica da virus HBV/HCV e migliorare l'offerta degli interventi terapeutici offerti a questa tipologia di soggetti.

Non si tratta in alcun modo di una sperimentazione terapeutica ma di una razionalizzazione dei principi della buona pratica clinica, nell'ambito della dovuta collaborazione tra diversi servizi assistenziali pubblici della Regione Lazio ed in conformità dei dettami della medicina basata sulle evidenze scientifiche.

I vantaggi di tale procedura sono rappresentati dalla standardizzazione dei processi necessari ad un corretto inquadramento diagnostico dei TD/ALC, dalla corretta selezione dei soggetti eleggibili ad un trattamento specialistico per epatopatia alcolica e/o infezione da virus HBV/HCV e dalla gestione quotidiana degli interventi terapeutici proposti sia dal punto di vista tossicologico (Ser.T.) che dal punto di vista epatologico ed infettivologico (Medicina Preventiva).

Note

1. Il rapporto, promosso da Cittadinanzattiva e realizzato in collaborazione con Agenzia comunale per le Tossicodipendenze - Roma, FeDerSerD, FIMMG, LILA, Legacoop Servizi Toscana ed in partnership con Shering Plough, scaricabile dal sito www.cittadinanzattiva.it.
2. Addiction è un disturbo primario, cronico, recidivante ma non inguaribile, il cui sviluppo è legato a fattori genetici, ambientali, psicosociali. È caratterizzato da comportamenti che includono uno o più dei seguenti sintomi: perdita di controllo nell'uso della sostanza, compulsioni e craving (irrefrenabile desiderio di assunzione).
3. Da “la febbre del sabato sera” di Maria Daniela Gazzarra.
4. www.famiglia.regione.lombardia.it/prevo/prevo.asp.
5. GfK Eurisko 2008 “Il valore dell'affido” Indagine sui Ser.T. e sui pazienti in terapia www.iss.it/ssps/rili/cont.php?id=668&lang=1&tipo=2.
6. Il 62.6% dei Medici di Medicina Generale affermano che le difficoltà a seguire pazienti tossicodipendenti dipende dallo scarso tempo a disposizione, secondo il 45.5% di essi la causa sarebbe la scarsa preparazione in tossicologia e secondo il 50.3% dipenderebbe dalla scarsa collaborazione con le strutture specialistiche. Il 65.8% dei Medici di Medicina Generale affermano che il modello migliore di gestione del paziente tossicodipendente prevede il ruolo attivo del medico. (Fonte: INSer.T.: Un monitoraggio dei cittadini sui Servizi per le Tossicodipendenze).
7. Il 96% dei Ser.T. non assicura una reperibilità h 24 per le urgenze; il 96.3% del personale di dirigenza sanitaria non riceve un'indennità di rischio biologico.
8. Nei Ser.T. non sono disponibili:
 - nel 63.5% opuscoli informativi sui servizi e i nomi degli operatori;
 - nel 71.4% indicazioni per reclami e suggerimenti;
 - nell'82.5% punti di raccolta di segnalazioni di disservizi o suggerimenti.
- Il 69.4% dei pazienti, negli ultimi due anni, non è stato coinvolto nella rilevazione del grado di soddisfazione del servizio.
9. Selezionate buone pratiche sono presenti nell'allegato del presente documento.
10. DM 16 novembre 2007.

In partnership con Schering Plough.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno I, n. 3

MISSION n. 27

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

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@virgilio.it

Redazione Mission: Via Martiri della Libertà n. 21 - 20066 Melzo (Milano)

La Residenzialità Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica

G. Cerizza*, M. Cibin[^], I. Hinnenthal^{^^}, M.P. Ranalletti^{**}, E. Dondi[°], G. Vittadini^{°°}

Piccola storia della Residenzialità Riabilitativa

La riforma psichiatrica italiana è stata la più radicale e la più sentita in tutta l’Europa.

In altri paesi lo stesso inderogabile movimento verso la deistituzionalizzazione è stato attuato in maniera meno radicale, in particolare conservando l’idea che i letti psichiatrici non erano solo strumenti di controllo sociale ma anche strumenti di cura, se utilizzati in maniera terapeutica.

In Germania, ad esempio, dopo la guerra la psichiatria era quasi del tutto da reinventare; in questo contesto la psicoterapia con tutte le sue correnti moderne e la residenzialità psicoterapica acquisirono un importante peso politico e terapeutico, in questo, favoriti dalla definizione dei processi di formazione e di accesso agli albi professionali e dal sistema assistenziale basato sulle assicurazioni di malattia.

In Italia, invece, prevalse l’idea che l’ospedalizzazione di pazienti con una sofferenza psichica poteva comun-

que creare problemi di cronicizzazione, mentre la psicoterapia veniva considerata una specie di lusso per i benestanti.

Negli anni ottanta in Italia vennero creati specifici servizi pubblici ambulatoriali per le Dipendenze (Ser.T.), sull’onda della diffusione della tossicodipendenza da eroina e dell’AIDS.

Nello stesso tempo, sorgevano luoghi di cura residenziale (comunità) che però, in quel contesto, non dovevano essere confusi per nessun motivo con i vecchi manicomi, anzi dovevano essere il meno medicalizzati possibile.

E così, con grande entusiasmo e voglia di aiutare, nacquero le prime comunità per tossicodipendenti.

In origine erano veri e propri programmi “di vita”, con forte coesione interna, umana ed ideologica, ma nel contempo scarsamente professionalizzati e resistenti rispetto ad interventi sentiti come non coerenti con l’ideologia di base (farmaci, psicoterapie...).

In questo scenario gli alcolisti sono stati semplicemente “dimenticati” dalla riforma psichiatrica, ma anche da buona parte dei Ser.T. e delle comunità.

In un contesto di stile di consumo mediterraneo (dunque caratterizzato dal prevalere delle patologie organiche sui disturbi comportamentali), gli alcolisti venivano curati nei reparti di medicina e di neurologia.

In qualche luogo però nascevano quasi di nascosto le prime “Riabilitazioni Residenziali Alcolologiche”: situazioni residenziali relativamente prolungate (da 1 a tre mesi) in cui accanto agli aspetti medici venivano inquadrati e seguiti anche gli aspetti psicologici/psichiatrici in

* Resp., UO Riabilitazione Alcolologica-AO “Ospedale Maggiore”, Crema.

[^] Dirett. Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Milano - Ve.

^{^^} Resp. SSD Alcologia, DSM integrato, Asl 1, Imperia.

^{**} EP UO Riabilitazione Alcolologica-AO “Ospedale Maggiore”, Crema.

[°] Medico, UO Riabilitazione Alcolologica Fondazione “S. Maugeri” IRCCS di Pavia.

^{°°} Resp. UO Riabilitazione Alcolologica Fondazione “S. Maugeri” IRCCS di Pavia.

maniera più specifico rispetto agli interventi offerti dalle comunità per le dipendenze.

È da citare la difficile ma proficua collaborazione fra Renzo Buttolo, primario di medicina presso l’Ospedale Civile di Udine e Vladimir Hudolin, direttore della clinica di malattie neurologiche e psichiatriche dell’ Università di Zagabria nonché inventore del metodo ecologico-sociale che tuttora porta il suo nome.

Hudolin aveva utilizzato ed utilizzò ancora nella collaborazione con i colleghi italiani, alcuni concetti tratti da studi della cosiddetta scuola di Palo Alto insieme alle sue conoscenze dei lavori sulle comunità terapeutiche ospedaliere di Maxwell Jones ed alla gestione delle “cliniche psicosomatiche” tedesche.

Questa prima esperienza inizialmente incuriosì, quindi entusiasmo’ alcuni operatori della neonata alcologia italiana che iniziarono, ciascuno con la propria esperienza, con il proprio bagaglio culturale e la propria disponibilità a riprodurre quell’esperienza che sembrava dare buoni frutti.

In altre situazioni si sono concretizzate esperienze analoghe con gruppi di Alcolisti Anonimi.

Per quasi tutti i servizi alcologici residenziali si trattò di una crescita “dal basso”, ovvero di progetti molto circoscritti, poveri di mezzi, portati avanti quasi su base volontaristica e con poca visibilità.

Il fatto che, attualmente, quasi tutti questi servizi siano delle realtà decisamente più grandi e molto meglio strutturate denota, a nostro parere, il successo dell’iniziativa e dunque anche l’opportunità di meglio studiarla e diffonderla.

A questo, almeno apparente, successo hanno probabilmente contribuito due aspetti:

1. il sempre maggiore utilizzo di tecniche di matrice cognitivo-comportamentale (dai classici lavori di Ellis, Beck e Marlatt, fino alla cosiddetta terza ondata della CBT ovvero la già citata DBT di Linehan, l’ACT di Hayes e la mindfulness, presa sia come esperienza a se stante, come in Kabat-Zinn, sia come parte degli approcci sopra citati) unite ad un certo eclettismo che ha portato, per esempio, ad un largo uso delle tecniche espressive non verbali;
2. la capacità, presente fin dall’origine, di mantenere questo approccio nell’ambito di un intervento di rete che deve sempre e necessariamente avere un dopo, senza nessuna pretesa di avere valenze esaustive e totalizzanti, quali, a volte, si ritrovano nelle comunità terapeutiche a lunga permanenza, spesso inadatte ai bisogni degli alcolisti.

Nel linguaggio degli altri paesi Europei questo tipo di strutture residenziali potrebbero essere chiamati “clinica psicoterapeutica” o “psicosomatica” in quanto esse integrano la necessità dei pazienti alcolisti di avere in

contemporanea una risposta clinica per il loro corpo sofferente ma anche per la parte psichica che non va e che ha, in modo decisivo, compromesso la facoltà di vivere una vita soddisfacente e libera dalla dipendenza da alcol.

Per avere una fotografia aggiornata e precisa di questa realtà, diffusa ormai a livello nazionale, abbiamo preso contatto con 18 reparti di riabilitazione alcologica proponendo a tutti la compilazione di una scheda di rilevazione delle loro caratteristiche, messa a punto per questo specifico compito.

Delle strutture contattate, 13 strutture hanno risposto positivamente (l’elenco è presentato in fig. 1).

I grafici e le tabelle che seguono sono costruite sull’esito di questa indagine:

Fig. 1

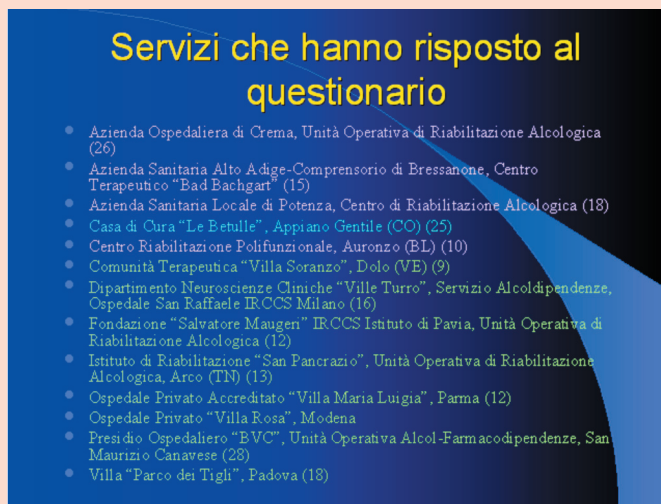


Fig. 2

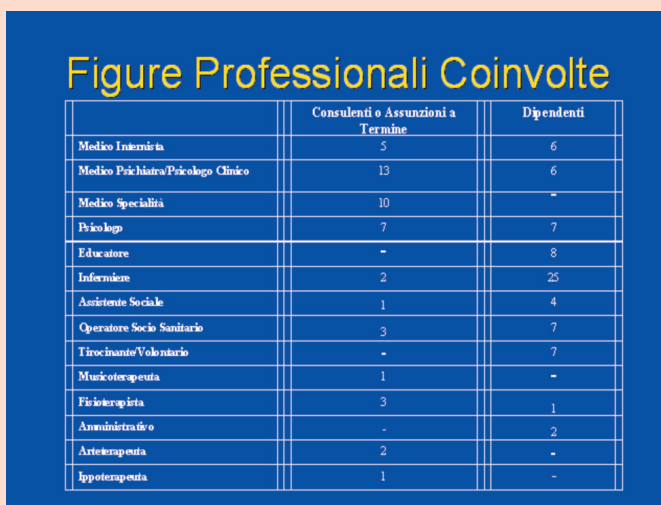


Fig. 3

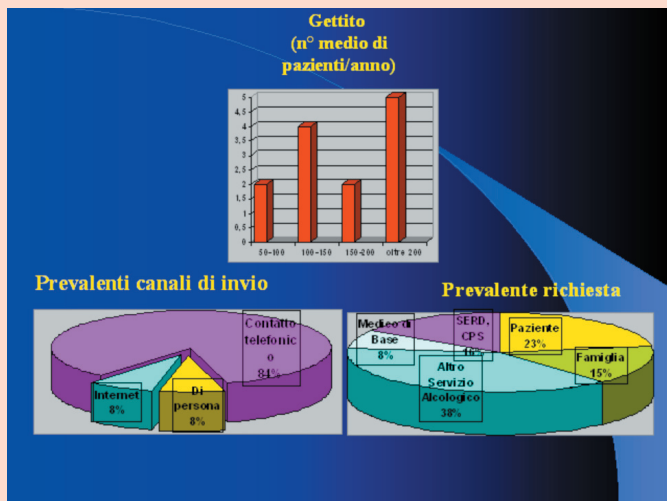


Fig. 6

12 dei 13 Servizi fanno riferimento ad un particolare modello riabilitativo:

- Metodo Minnesota (0 su 13)
- Metodo Hudolin (3 su 13)
- Metodo Multimodale (9 su 13)

Fig. 4

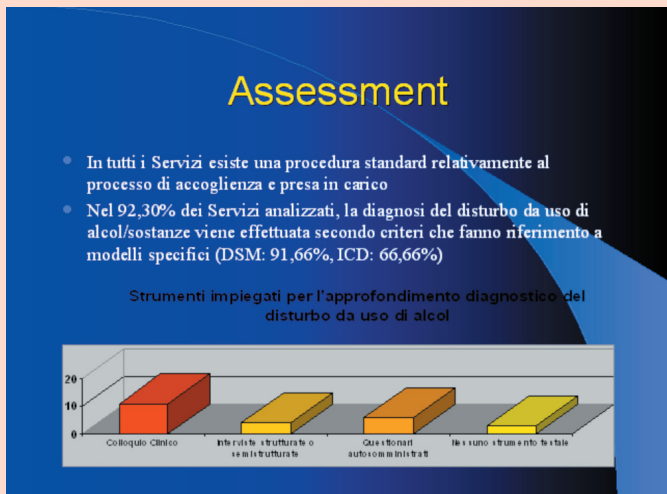


Fig. 7

Per 12 Servizi su 13, il percorso complessivo di formulazione della diagnosi avviene secondo "steps" definiti da procedure.

In tutti i Servizi vengono indagate routinariamente le seguenti aree:

- Medica
- Uso di sostanze
- Lavorativa
- Legale
- Familiare
- Sociale
- Psicica

In 4 dei 13 Servizi viene utilizzata una "Cartella Alcolologica", mentre nei rimanenti si utilizza una cartella adattata

Fig. 5

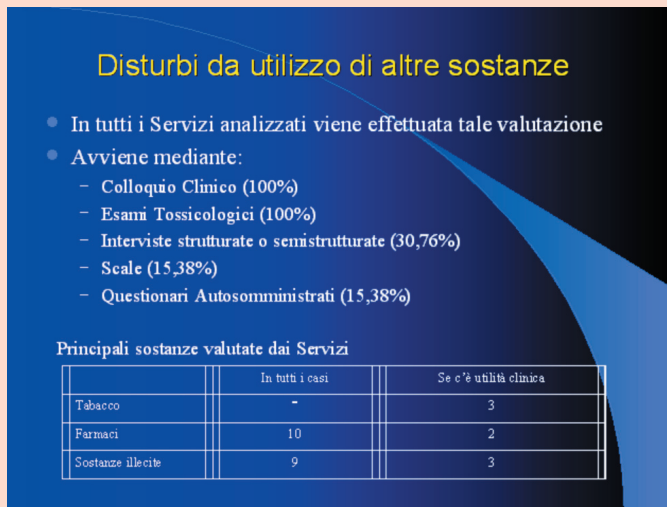


Fig. 8

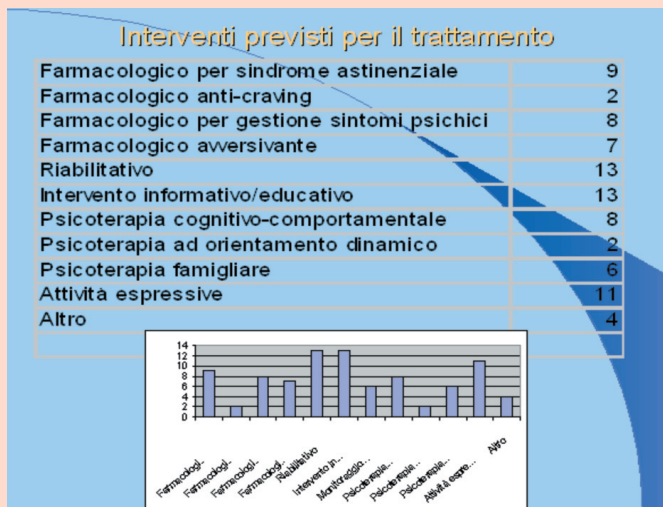


Fig. 9

Modalità di trattamento

All'interno della Struttura in cui operano i Servizi di Alcolologia, i trattamenti avvengono prevalentemente in setting:

- Individuale (6)
- Gruppale (13)
- Terapia della famiglia (4)
- Gruppi multi-famigliari (6)

In tutti i Servizi sono previste diverse fasi del programma terapeutico, definite secondo una procedura.

Fig. 12

Follow -up

Per i pazienti dimessi, al termine del percorso terapeutico vengono effettuate verifiche di follow-up in otto (8) servizi su tredici (13), con i seguenti strumenti:

- Colloquio (6)
- Interviste (2)
- Questionari (1)

Fig. 10

Durata complessiva della residenzialità

Al termine della residenzialità i pazienti rimasti in carico risultano essere:

- Per 5 Servizi, lo 0%
- Per 5 Servizi, tra il 10 e il 15%
- Per un Servizio tra il 25 e il 50%
- Per un Servizio tra il 50 e il 75%
- Per un Servizio oltre il 75%

Fig. 13

UNA NOTA INTERESSANTE

IL GETTITO TOTALE DELLE SOLE STRUTTURE ESAMINATE E' DI 1700-2500 PAZIENTI/ANNO

Fig. 11

Percorso Terapeutico prevalentemente suggerito al termine della residenzialità

Alla dimissione vengono prevalentemente suggeriti i seguenti percorsi terapeutici:

Fig. 14

ALCUNE AFFINITA'

- La durata del trattamento è molto simile
- Esiste una notevole affinità rispetto alla presa in carico ed alla diagnosi
- Esiste una diffusa sensibilità per eventuali altre sostanze di abuso (di solito ricercate attraverso test tossicologici)
- Esiste una diffusa attenzione per tutte le aree vitali

Fig. 15

ALCUNE AFFINITA' 2

- Praticamente tutte le strutture usano l'approccio grupale, gli interventi formativi/educativi, le attività espressive
- Vi è un diffuso utilizzo della terapia farmacologica
- Quasi nessuno mantiene in carico i pazienti dopo la dimissione, anche se vengono effettuate verifiche di follow-up

Fig. 16

ALCUNE DIFFERENZE

- Il modello a cui si ispira l'intervento è molto vario anche se sembra esserci una tendenza a preferire l'approccio cognitivo-comportamentale con una propensione all'eclettismo
- Molto variegato è l'uso di strumenti psicodiagnostici

Osservazioni

Quanto emerso dal nostro studio osservazionale sembra sostanzialmente confermare i presupposti teorici sopra ricordati.

Infatti appare evidente un approccio prevalentemente cognitivo-comportamentale nel quale si inserisce una notevole dose di eclettismo.

Il tutto sviluppato prevalentemente in un setting grupale.

Particolare attenzione sembra riservata anche alla terapia farmacologica.

Strumento principe sia per la diagnosi di polidipendenza sia per l'identificazione di concomitanti patologie psichiatriche è il colloquio clinico, forse ad ulteriore dimostrazione di quanto l'ascolto diretto dell'operatore pesi e connoti questi servizi.

Grande attenzione è inoltre posta a tutte le aree vitali ed all'eventuale uso di altre sostanze psicoattive, legali o illegali.

Solo una piccola minoranza di centri mantiene in carico i suoi pazienti dopo la dimissione, mentre quasi tutti inviano ad altri servizi ambulatoriali.

Infine la degenza media: pur variando molto è, per una larga maggioranza, fissata sulle 3-4 settimane.

Questo indicatore temporale del trattamento parrebbe uniformare la realtà italiana agli interventi di "28 giorni", molto praticati all'estero.

Ciò che resta una caratteristica decisamente nostra è l'approccio nettamente più bio-psico-sociale. Un aspetto peculiare fin dall'inizio della Residenzialità Alcolologica fu il collegamento con la rete territoriale sia di tipo professionale (Ser.T., Servizi di Alcolologia), sia di autoaiuto (CAT, AA, AlAnon).

Nella **box 1** sono indicati gli obiettivi e gli strumenti della Residenzialità Alcolologica.

Box 1 - Obiettivi del Programma Residenziale Alcolologico

Diagnosi Uso di sostanze
 Organica
 Psicologico/psichiatrica

Lavoro Motivazionale

Acquisizione di strumenti
 Prevenzione della Ricaduta
 Analisi Funzionale
 Sblocco Emotivo e Regolazione Emozionale
 Lavoro Corporeo
 Facilitazione all' auto-aiuto

Individuazione percorso altercare

Box 2 - La residenzialità come acquisizione di strumenti

Ci piace sottolineare il concetto di "acquisizione di strumenti": la residenzialità alcolologica non va vista tanto come qualcosa che "risolve", ma come una sorta di "palestra" in cui si imparano cose nuove, ci si rafforza in vista delle sfide della vita fuori.

In questo senso la continuazione del percorso dopo il programma residenziale diviene ancor più importante: per la stabilizzazione dei risultati nel tempo è necessaria la acquisizione di sistemi di gratificazione alternativi, di stili di vita sani, di migliori rapporti con se stessi e con gli altri.

Le Strutture riabilitative Residenziali alcolologiche in Italia

Le “riabilitazioni residenziali alcolologiche” aventi le caratteristiche descritte sono da circa due anni riunite

nel gruppo CoRRAl (Coordinamento Residenzialità Riabilitative Alcolologiche).

Questo gruppo riunisce quindici realtà terapeutiche che pur con una variegatura organizzativa hanno in comune l'impostazione clinica ed alcune caratteristiche terapeutiche.

Box 3 - Residenzialità Riabilitative Alcolologiche aderenti al gruppo Corral

- AO “Ospedale Maggiore” di Crema, U.O. di Riabilitazione Alcolologica - Rivolta d'Adda (www.alkol.it mail: noa.hrivolta@hcrema.it)
- Azienda Sanitaria Alto Adige-Comprensorio di Bressanone, Centro Terapeutico “Bad Bachgart” (mail: badbachgart@sb-brixen.it)
- Casa di Cura “Le Betulle”, Appiano Gentile (CO)
- Centro di Riabilitazione Alcolologica - Chiaromonte- Potenza (mail: alberto.dattola@asl3lagonegro.it)
- Comunità Terapeutica “Villa Soranzo”, Tesserà (VE) www.cocaina-alcol.org E-mail: alcologiainvillasoranzo@virgilio.it
- Dipartimento Neuroscienze Cliniche “Ville Turro”, Servizio Alcolodipendenze, Ospedale San Raffaele IRCCS Milano (mail: direzione.sanitaria.vturro@hsr.it)
- Fondazione “Salvatore Maugeri” IRCCS Istituto di Pavia, UO di Riabilitazione Alcolologica (mail: giovanni.vittadini@fsm.it)
- Istituto di Riabilitazione “San Pancrazio”, UO di Riabilitazione Alcolologica, Arco (TN) (mail: laura.liberto@ospedalesanpancrazio.it)
- Ospedale Privato accreditato “Villa Maria Luigia”, Parma (mail:bizzi@villamarialuigia.net)
- Ospedale Privato accreditato “Villa Rosa”, Modena (mail: raq@villarosa.it)
- Presidio Ospedaliero “BVC”, Unità Operativa Alcol-Farmacodipendenze, San Maurizio Canavese (TO) (mail: jaretti sodano@fatebenefratelli.it)
- Casa di cura “Parco dei Tigli”, Padova (mail: mioni@parcotigli.it)
- Casa di cura “Villa Silvia” Senigallia (mail: vincenzo.aliotta@villasilvia.com)

La relazione terapeutica nella Residenzialità Alcolologica: l'esperienza di Rivolta d'Adda

Iniziare un percorso riabilitativo e terapeutico nelle alcolodipendenze non può prescindere dal comprendere il rapporto che univa il paziente all'alcol.

Si tratta spesso di una relazione significativa e speciale, fatta di momenti vissuti e momenti fantasticati; se provassimo a descriverla pensando alle relazioni umane, potremmo facilmente assimilarla ad una storia d'amore.

Risulta difficile pensare che la comprensione di un rapporto così complesso possa essere vincolata al tempo di un colloquio; sarà forse possibile intercettare qualche fraseggio, ma il dialogo silenzioso e mascherato di questo legame non può essere colto in un contesto rigidamente strutturato.

L'équipe della struttura residenziale, formata all'ascolto ed all'osservazione partecipata, consente la raccolta di una molteplicità di informazioni e la ric-

chezza di una pluralità di prospettive, per professionalità, ruolo e funzioni che fa sì che ogni singolo momento di permanenza dell'ospite nella struttura acquisti significato.

Questo lavoro clinico permette la presa in carico del paziente in un continuum che ci avvicina alla comprensione di come la persona “funziona”, come essa interagisce con ciò che avviene e soprattutto, quale ruolo ha avuto la sostanza nella sua vita sia che essa abbia costituito un legame affettivo e di supporto (come spesso avviene in persone con bassa stima di sé, che presentano aspetti depressivi o disturbi di personalità), sia che abbia rappresentato la risposta di autocura ad una patologia psichiatrica sottostante (allucinazioni, deliri, paranoie) o ancora, che essa abbia avuto funzione di sostegno per affrontare stati d'animo difficili da gestire altrimenti (lutti, separazioni, violenze, tipo I di Cloninger).

A titolo esemplificativo, riportiamo l'esperienza con una donna di 45 anni, assolutamente capace e brillante manager d'azienda.

L. accetta il ricovero ospedaliero con un vissuto iniziale di sconfitta che per quasi tre settimane sembra invalidare il percorso terapeutico.

In un gruppo di psicoterapia emerge, inatteso, un abuso sessuale avvenuto in tenera età da parte di un familiare. Dopo questo svelamento è stato possibile con la paziente intraprendere un percorso psicoterapico estremamente fruttuoso.

Desideriamo sottolineare che ciò che pensavamo rispetto al periodo “improduttivo” del ricovero si è al contrario rivelato il prologo assolutamente necessario per arrivare al momento critico di svolta.

La residenzialità ci permette di non circoscrivere l’ascolto e l’osservazione ai canonici 45’, che costituiscono un tempo ottimale per il prosieguo di una relazione terapeutica avviata, ma assolutamente insufficiente quando si tratta di aiutare qualcuno a compiere un distacco affettivo così difficile.

Non possiamo illuderci di poter togliere l’alcol senza che le relazioni importanti, inclusa quella terapeutica, possano prendere il posto della sostanza e per fare ciò è necessaria quella continuità di presenza e di ascolto che permette all’altro di affidarsi.

Solo nei contesti informali la persona si può manifestare per “ciò che è” e non per “ciò che l’altro vuole che egli sia”; ascolto ed osservazione nell’informalità permettono la conoscenza autentica dell’altro e gettano le basi per una relazione che guarda già oltre il percorso diagnostico, verso l’alleanza e la progettazione terapeutica.

La relazione informale rende meno possibile e meno necessario il mascheramento.

Noi sappiamo come sia sempre stato sconsigliato per pazienti paranoici l’inserimento in gruppo.

È nostra esperienza, invece, che l’inserimento in un gruppo a cui è permesso sperimentare momenti di informalità, tutelati e garantiti dalla presenza di operatori, permette al paziente paranoico di “abbassare la guardia” e di iniziare a relazionarsi in un contesto che viene vissuto come non giudicante e quindi permette la sedimentazione di momenti di piacevolezza e di vicinanza.

Gli operatori di una residenzialità alcologica devono essere in grado di promuovere momenti di informalità esattamente con la stessa cura con cui l’operatore di una medicina si occupa della prescrizione o della somministrazione dei farmaci.

Per fare ciò è necessaria una formazione adeguata ma soprattutto la rimozione di pregiudizi culturali che vedono nella distanza medico-paziente la condizione indispensabile per un rapporto terapeutico.

Le caratteristiche del setting riabilitativo residenziale prevedono la condivisione di esperienze reali vissute insieme, la circolazione delle emozioni e quindi, la possibilità di fornire al paziente, in tempo reale, opportunità di riflettere su quanto accade e, all’occorrenza,

utili interpretazioni che storicamente erano appannaggio del più rigoroso setting analitico.

Certamente la gestione della relazione terapeutica in un setting così (de)strutturato risponde a criteri molto diversi da quelli di un setting ambulatoriale così come lo conosciamo: primo fra tutti la disponibilità del terapeuta a vivere la relazione nell’informalità.

Ciò significa, aprire la porta alla possibilità di essere “utilizzato” dal paziente per il suo bisogno di sperimentarsi con figure di riferimento che agiscono diversamente da ciò che hanno in precedenza conosciuto e quindi anche alla possibilità di diventare figure identificatorie, modelli.

Tutto questo presuppone una formazione specifica ed adeguata all’uso terapeutico dell’informalità che si fonda su presupposti teorici molto diversi rispetto a quelli su cui si fondano gli interventi “tradizionali”.

Per diagnosi intendiamo un processo che intende dare voce alle ragioni della particolare relazione che la persona ha strutturato con la sostanza e di come questa relazione si colloca nel mondo del paziente.

Un processo condotto solo secondo criteri diagnostici codificati, non permette di fare chiarezza sulla particolare condizione esistenziale che ha prodotto il vincolo patologico con la sostanza, nell’illusione di un legame “salvifico” (“... L’alcol mi aiuta a...”), anzi, rischia di disperdere importanti informazioni legate al contesto familiare, sociale, relazionale che in un percorso diagnostico situazionale, condotto in regime di residenzialità, è possibile raccogliere.

Il sintomo alcolico è indicatore di un disagio allargato e la presa in carico di un’alcolista spesso ci porta davanti all’intera famiglia.

La diagnosi dovrà quindi tenere in considerazione gli aspetti problematici delle relazioni significative e non può prescindere dall’osservare ed ascoltare come questo sistema relazionale si muove nei momenti terapeutici strutturati, ma anche e soprattutto, nell’informalità.

Appare evidente che il momento diagnostico, così concepito, offre numerosi spunti per la progettazione terapeutica individualizzata che si colloca in continuità con esso; le indicazioni terapeutiche che scaturiscono dall’osservazione costante si rivelano utili ad un percorso personalizzato.

In questo percorso personalizzato possono avere un ruolo anche i farmaci, sia come cura delle complicanze organiche e psichiatriche, che come anticraving, all’interno di strategie di prevenzione della ricaduta.

La farmacoterapia dovrà essere attentamente monitorata e modulata sui sintomi, onde evitare di indurre fenomeni di cronicità.

L’occasione della residenzialità si rivela estremamente utile in un momento iniziale perché consente un ascolto attento ed una diagnosi approfondita in un luogo libero da sostan-

ze alteranti, ma anche utile per l'individuazione della terapia più idonea perché permette di poterla testare.

La residenzialità è inoltre un'ottima occasione per rompere la solitudine e per ripristinare fili relazionali annodati o interrotti perché, attraverso la valutazione dell'intera famiglia e le stimolazioni che provengono dalla vita in gruppo, permette un "risveglio emotivo-relazionale" fondamentale.

Ciò permette in situazioni conflittuali di non vivere la crisi in modo distruttivo ma, in un luogo appropriato, con il tempo necessario e l'ascolto adeguato, di essere occasione di partenza.

Nella residenzialità non si effettua la sedazione della Crisi ma, al contrario, la sua esplicitazione. Ciò significa darLe il tempo, l'ascolto e la comprensione in modo tale da togliere ad essa la necessità di ripresentarsi.

Lo sperimentarsi nella quotidianità, anche in mansioni che comportano responsabilità, permette il ripristino di ruoli famigliari e l'interruzione del comportamento delegante.

La residenzialità ci ha fatto comprendere che è fondamentale la nascita di una relazione terapeutica, possibile solo offrendo ad essa il tempo necessario.

La fiducia che questa relazione permette di istaurare, funziona anche da guida, da esperienza pilota che permette, alla dimissione, l'invio mirato al servizio territoriale.

Coerentemente con quanto fin qui affermato, ci sembra possibile sostenere che iniziare un percorso riabilitativo per l'alcolismo in regime di residenzialità sia un'opportunità terapeutica interessante ed opportuna.

Ciò implica che Servizi territoriali e Servizi residenziali debbano essere in stretto raccordo; le diagnosi più disparate che il sintomo alcolologico può mettere in luce (patologie alcol-correlate, disturbi psichiatrici, DCA, marginalità sociale ecc.) deve prevedere una molteplicità di risposte possibili e la modulazione dell'intervento con l'evolversi del percorso terapeutico.

La residenzialità offre quindi una possibile risposta alle diverse forme del disagio nei diversi momenti della presa in carico del paziente: dall'aggancio alla definizione del programma, dalla gestione delle ricadute alla ridefinizione di obiettivi terapeutici ma anche come momento di ripresa laddove la motivazione al cambiamento fosse venuta meno.

Nell'articolo "il modello della piacevolezza esperienziale" pubblicato su "Mission", n. 17/2006 alcuni di noi hanno approfondito le caratteristiche di questa efficace relazione terapeutica, esplorandone caratteristiche e peculiarità.

L'esperienza della residenzialità ospedaliera breve a Rivolta d'Adda

Il Servizio propone un ricovero ospedaliero a cui possono accedere gli utenti del SSN.

La presa in carico avviene con un primo colloquio valutativo-motivazionale (ricoveri programmati).

Questo primo momento di conoscenza avvia il processo riabilitativo residenziale, le cui peculiarità sono:

- **funzione motivazionale:** costruzione di una motivazione attraverso la sperimentazione di momenti relazionali significativi, "alcol-free";
- **funzione valutativa:** valutazione accurata che permetta una diagnosi situazionale del paziente e/o del nucleo familiare e che consenta di andare oltre ad una semplice, seppur precisa, etichettatura;
- **funzione progettuale:** costruzione di un progetto terapeutico individualizzato che possa, durante la degenza, essere testato e monitorato al fine di stabilire indicazioni precise d'intervento ed un aggancio proficuo con i servizi territoriali.

Gli strumenti terapeutici che l'intera équipe condivide, sono:

- **l'osservazione partecipata**, intesa come costante ricerca di comprendere, in ogni attività, strutturata e non, la persona e la sua situazione, particolare ed unica;
- **la relazione terapeutica**, vissuta come la sperimentazione di un legame sano, accogliente e di stimolo al cambiamento.

L'intervento riabilitativo ha la sua ragione d'essere nel comprendere perché l'alcol fa bene, o meglio, perché la sostanza, per anni, ha rappresentato per la vita di quella particolare persona, una insostituibile risorsa.

Solo dando risposta a questa domanda si può evincere cosa possa sostituire la sostanza.

Il modello terapeutico di riferimento, denominato della "Piacevolezza esperienziale", nasce proprio da questa constatazione e si ripromette di far sperimentare risorse alternative, piaceri nuovi, relazioni autentiche affinché la persona possa effettuare una scelta consapevole.

Per chi volesse approfondire: Mission n. 17/2006.

Le attività su cui si fonda la **pratica clinica** sono:

Lavoro famigliare:

- Incontri multifamiliari
- Colloqui famigliari o di coppia
- Supporto alla genitorialità
- Psicoterapia di coppia
- Attività ludico-ricreative nell'informalità con i famigliari

Area comunicativa:

- Psicoterapia individuale e di gruppo
- Attività espressiva con varie metodologie

- Laboratorio teatrale
- Partecipazione a gruppi di approfondimento tematico
- Partecipazione a gruppi di problem-solving
- Momenti di conversazione spontanea ed informale

Area corporea:

- Programmi individualizzati sulla cura di sé
- Ballo
- Attività motoria (ginnastica, psicomotricità, training autogeno ecc.)
- Attività sportiva risocializzante (nuoto, corsa, calcio)

Area dell'autonomia e del ripristino dei ruoli:

- Gestione quotidiana della cura degli ambienti
- Attività finalizzate alla collaborazione e all'assunzione di responsabilità
- Progetti personalizzati per la gestione economica
- Uscite di gruppo ed esperienze alcol-free in discoteche bar e luoghi di ritrovo
- Permessi individuali finalizzate alla sperimentarsi in ambiente non protetto
- Attività pedapeutiche alla ricerca del lavoro

Area medico-sanitaria:

- Visite e valutazioni medico diagnostiche
- Gestione della fase astinenziale
- Esami e procedure finalizzate alla valutazione diagnostica
- Prescrizione e somministrazione terapie/presidi medici

La degenza prevede un coinvolgimento in prima persona degli ospiti nella cura e nel riordino del reparto per sottolineare la necessità di sperimentarsi in autonomia rispetto alla cura di sé e del proprio ambiente.

È di estrema importanza la dimensione di "Gruppo" che è sia risorsa per gli ospiti che strumento terapeutico per gli operatori

L'équipe è composta da tre medici, di cui uno psichiatra (il Responsabile), da una psicologa, dalla caposala, da 4 educatori, 11 infermieri e due operatori socio sanitari.

Collaborano costantemente con l'équipe un operatore teatrale ed un allenatore di calcio con i suoi assistenti.

Villa Soranzo: l'esperienza di una residenzialità riabilitativa a medio periodo

- Programmi residenziali per alcolisti e cocainomani con funzionalità sociale e personale conservata.
- Collaborazione pubblico/privato nella progettazione e nella gestione (Az. Ulss 13 e Ceis di Mestre).
- Integrazione tra attività medica ed attività psicoterapica ed educativa durata uno-tre mesi.
- Applicazione di modelli terapeutici validati.
- Atteggiamento motivazionale, rispetto delle scelte personali.
- Lavoro terapeutico "per obiettivi" concordati con i Servizi invianti. Presenza di Gruppi di autoaiuto all'interno del programma.
- Accreditata come Comunità Terapeutica tipo C (Regione del Veneto).

Riabilitazioni Residenziali Alcoliche: Evidenze di efficacia

I non numerosi studi finora condotti a livello internazionale sulla efficacia dei programmi residenziali brevi presentano numerosi problemi di definizione e di metodologia.

Dalla loro analisi possiamo tuttavia ricavare le seguenti indicazioni:

- i pazienti che afferiscono ai programmi residenziali sono mediamente più gravi di quelli trattati ambulatorialmente o in day ospital;
- nei programmi residenziali vi è minor uscita durante il trattamento;
- non vi sono differenze di risultati nel tempo tra trattamenti residenziali e non residenziali;
- il continuum residenziale/territoriale da risultati migliori che il territoriale solo;

- confrontato diversi programmi residenziali, i migliori risultati vengono ottenuti dai pazienti che continuano un programma altercare.

La definizione delle caratteristiche e della efficacia dei programmi residenziali è importante anche al fine della definizione dei costi (i programmi ambulatoriali costano molto meno che quelli residenziali).

Allo stato delle conoscenze, non vi sono dati conclusivi sul tema delle evidenze di efficacia; il confronto residenziale vs. territoriale (professionale e con gruppi di autoaiuto) potrebbe essere un falso problema, in quanto i migliori risultati si ottengono nelle situazioni di maggior collegamento tra i vari segmenti.

Il gruppo CORRAL sta conducendo uno studio sulle caratteristiche e gli esiti dei pazienti che afferiscono a programmi residenziali riabilitativi alcolici in collaborazione con la facoltà di Statistica dell'Università "la Bicocca" di Milano.

Conclusioni

I Programmi Residenziali Alcolici (PRA) sono una importante risorsa nel trattamento dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati.

Nel corso dei PRA, come abbiamo visto viene effettuata una diagnosi, un lavoro motivazione, vengono forniti alcuni strumenti e viene individuato un percorso aftercare.

La peculiare relazione terapeutica che caratterizza il setting residenziale è l'elemento portante ed unificante del percorso terapeutico.

La connessione con i programmi territoriali ed il riferimento alle reti altercare sono parte integrante dei programmi residenziali.

Bibliografia

Addolorato G., Cibin M., Capristo E. *et al.* (1998), "Maintaining abstinence from alcohol with Gamma-Hydroxybutyric acid", *Lancet*, 351:38.

Adler, *Il temperamento nervoso* [1912], Astrolabio, Roma, 1950, Consensus conference anno 2000.

Beck A.T. (1976), *Cognitive therapy and emotional disorders*, International University Press.

Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A. *et al.* (2006), "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial", *JAMA*, 295:2003-2017.

Booth P.G. (1997), "Treatment setting and treatment outcome in alcohol dependency: residential and day-care options compared", *Health and Social Care in the Community*.

Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina, Milano.

Cermak T., Brown S., "International group psychotherapy with adult children of alcoholics", in *Int. J. of Group Psychotherapy*, 32, 1982.

Cerizza G. (1998), *Quando il limite diventa risorsa*, FrancoAngeli, Milano.

Cerizza G., Borella V.M. (2003), *La paura oltre l'alcol*, FrancoAngeli.

Cibin M., Addolorato G., Hinnenthal I., Manzato E., Mosti A., Nava F., Zavan V., "Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologia, diagnosi e trattamento", *Mission*, 26, 2008.

Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001), "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica", *Boll. Farmacodipendenze Alcolismo*, 24, 1, 9.

Dowd T., Ruge - Edizione italiana a cura di F. Schifano - "La tossicodipendenza. Trattamenti a confronto".

Ellis A. (1989), *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Astrolabio.

Greenfield S.F., Hennessy G. (2006), "Valutazione del paziente", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing*. Seconda Edizione (a cura di), Galanter M., Kleber H.D. Masson, Milano, 101-118.

Johnson J.E., Finney J.W., Moos R.H., "End-of-treatment outcomes in cognitive-behavioral treatment and 12 step substance use treatment programs: do they differ and do they predict 1 year outcomes?", *J. Subst Abuse Treat*, 2006.

Kabat-Zinn J. (2004), *Vivere momento per momento*, Ed. Corbaccio.

Hayes S.C., Strosahl K., *Acceptance and Commitment Therapy* Springer science Press, 2000.

Heidegger M. (1970), *Essere e tempo*, Longanesi.

Harrison P.A., Asche S. (1999), "Comparison of substance abuse treatment outcomes for Inpatients and outpatients", *J Subst Abuse Treat*.

Hinnenthal I., Laki Z., Ardisson G., "Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale di alcolisti con poliabuso", in *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Alfio Lucchini, Felice Nava, Ezio Manzato eds, FrancoAngeli, Milano, 2008.

Hinnenthal I., Manera E., Gallo S., Cibin M. (2006), "Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale", in *Cocaina, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga*, Vago di Lagno (VR), La Grafica, pp. 385-398.

Hudolin V.I., Introduzione, in Hudolin V.I., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Seali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15- 113.

Linehan M., Bohus M. Lynch T.R. "Dialectical behaviour therapy for pervasive emotions dysregulation", in Gross J.J., *Handbook of emotions regulation*, Guilford Press, 2007.

Marlatt G.A, Barrell K., "La prevenzione delle ricadute", in Galanter M. Kleber H.D., *Trattamento da uso di sostanze*, Masson, 1998.

- Mascetti W., "Il comportamento d'abuso e la dipendenza", in *Manuale di psicoterapia cognitiva* (a cura di), G. Bara, Bolladi Boringhieri Torino, 1996.
- Maxwell Jones, *Beyond therapeutic community*, Yale University Press, 1968.
- McKay *et al.*, "Evaluation of full vs partial continuum of care in the treatment of publicly founded substance abusers in washington state", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2002.
- Peters U.H. (apr. 2001), "On Nazi Psychiatry", in *Psychoanalytic Review*, The, vol. 88, Iss. 2, pp. 295-309.
- Schmidt P., Kufner H., Lohnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M., "Efficiency of outpatient and inpatient alcohol treatment - predictors of outcome", *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2009 Aug, 77(8).
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, 1971.
- Weithmann M., Hoffman M., "A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures", *Eur Addict Res*, 2005.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educativo.

pubblicità laboratorio CT

Nasce "Addiction Center" Centro Clinico per dipendenti da cocaina e policonsumatori



È stato inaugurato ufficialmente il 23 settembre l'Addiction Center, centro clinico pensato per chi consuma cocaina, ma anche alcol e sostanze stimolanti, con una particolare attenzione per il policonsumo.

La struttura, che ha sede nel comune di Lacchiarella, alle porte di Milano, è stata presentata in una conferenza stampa che si è tenuta proprio presso i locali del centro, a latere del Seminario nazionale "Consumi, policonsumi e l'innovazione delle risposte. 'Addiction Center': una risposta integrata e di sistema".

L'Addiction Center di Lacchiarella è un progetto che nasce dall'impegno congiunto del Comune di Lacchiarella, che ha messo a disposizione la struttura, del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano Due e del Privato Sociale, enti che hanno iniziato a collaborare tra loro già negli anni novanta, con una precisa visione territoriale del sistema di cura.

L'iniziativa è possibile anche grazie a un vecchio finanziamento al Comune della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha permesso la ristrutturazione della sede del centro e l'avvio del progetto.

Gestori della struttura sono la Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, l'Associazione Saman e la Cooperativa sociale di Besimo.

Il Comune di Lacchiarella ha competenze di indirizzo territoriale, mentre l'ASL Milano Due, oltre ai dovuti compiti di vigilanza e controllo, esercita tramite il Dipartimento delle Dipendenze funzioni di accompagnamento scientifico e monitoraggio e verifica dei risultati.

Inoltre il Centro è strettamente collegato, dal punto di vista clinico, con i moduli dipartimentali cocaina e alcol della ASL Milano Due.

Il notevole aumento dei consumi di cocaina e il fenomeno sempre più esteso del policonsumo hanno messo in grande difficoltà sia le comunità del privato sociale – pensate per i consumatori di eroina – sia il servizio pubblico.

Su un milione e mezzo di consumatori di cocaina stimati, solo 30 mila sono oggi in carico a un servizio pubblico o privato (circa un decimo di quelli considerati "problematici").

Un mondo formato da persone che vivono situazioni molte diverse, a cui non ci si può rivolgere con un'unica risposta predefinita, ma solo con un mix di possibilità e servizi calibrati sulle loro esigenze. La peculiarità dell'Addiction Center sta, infatti, anche nel suo carattere polivalente, ospitando tre strutture diverse, strettamente integrate: una comunità residenziale accreditata con la Regione Lombardia in cui possono trovare posto fino a 12 persone, una struttura ambulatoriale, un Centro Studi.

Nel centro è previsto un servizio di psicoterapia per le persone prese in carico (con approccio cognitivo-comportamentale), ma anche per le loro famiglie (in questo caso l'approccio utilizzato è quello sistemico-relazionale).

L'Addiction Center, dunque, propone un'offerta terapeutica che integra percorsi psicologici, psicoterapeutici e medici, ma anche educativi ed espressivi, rivolti sia al consumatore sia al suo contesto di appartenenza.

È in questa direzione che stanno evolvendo i servizi per le dipendenze sia nell'area anglosassone sia in Francia: è ormai provato che le offerte più efficaci dal punto di vista terapeutico sono quelle "multimodali" e "multifasiche" che prevedono presa in carico precoce, psicoterapia, terapia residenziale e terapia farmacologica per il controllo dei sintomi psichici/psichiatrici correlati.

In tal senso si è espresso, ad esempio, il National Institute on Drug Abuse (NIDA), il più prestigioso istituto di ricerca del mondo in materia di droghe.

Proprio per rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti, l'Addiction Center propone percorsi differenziati e fortemente personalizzati, altra caratteristica del centro del tutto innovativa per il nostro paese.

Sono previsti, infatti, tre percorsi residenziali diversi: un programma breve (da 1 a 4 settimane), un programma intermedio (da 1 a 2 mesi), un programma lungo (da 3 a 6 mesi).

In questo modo si riesce più facilmente a dare aiuto a persone che "si stanno facendo male", ma che non intendono impegnarsi in percorsi troppo lunghi.

Ogni programma può essere svolto anche più volte, modellandosi sulle esigenze espresse nel corso del tempo dalla persona presa in carico.

Il programma terapeutico è deciso congiuntamente dalla ASL – Dipartimento delle Dipendenze a cui spetta la certificazione di tossicodipendenza e che, come si diceva più sopra, interviene nel monitoraggio e verifica dei risultati – e dalle tre organizzazioni del terzo settore che gestiscono il centro, in uno stretto rapporto pubblico-privato sociale.

Per offrire una tale complessità di servizi, il centro si avvale di un'équipe multiprofessionale composta da uno psicologo cognitivo comportamentale, uno psicologo sistemico relazionale, un medico psichiatra, un infermiere professionale, un medico internista/infettivologo, educatori, operatori sociali, specialisti di attività espressive (arte terapia, bioenergetica, yoga, teatro, ecc.).

Infine, l'esigenza di fare i conti con un mondo del consumo in continuo e rapidissimo mutamento e la conseguente necessità di rivedere costantemente approcci e terapie di cura e sostegno, è la ragione che ha spinto i promotori del progetto a includere nella struttura anche un Centro Studi, che effettuerà ricerche e analisi in materia.

Per saperne di più:

- **Riccardo De Facci**, tel. 3482878393, presidente di **Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione**
- **Alfio Lucchini**, tel. 3356612717, direttore del **Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano Due**
- **Sidharta Canton**, tel. 3346810735, responsabile dell'**Addiction Center**.

La qualità e la responsabilità professionale nei processi operativi

Nicola Silvestri*

Lo sviluppo dei sistemi sanitari nei Paesi industrializzati fino nei primi anni Novanta è stato orientato a massimizzare i volumi di attività, sulla base del principio che rispondere adeguatamente al bisogno di salute della popolazione equivallesse a saturare la domanda di prestazioni.

Questa impostazione, però, ha dovuto fare i conti con un tasso di crescita della spesa sanitaria superiore a quello della capacità di reddito nazionale.

In effetti, come è comune osservazione, nelle società occidentali la domanda di servizi sanitari è destinata ad aumentare sia in volume, per effetto dell'invecchiamento demografico, sia in valore, per lo sviluppo di standard assistenziali di elevata complessità e contenuto tecnologico, nonché per una maggiore consapevolezza da parte dell'utenza della dimensione qualitativa dei servizi disponibili.

Nel nostro Paese, la maggiore attenzione al governo delle risorse distribuite ha comportato la necessità di stabilire delle priorità nell'offerta di servizi assistenziali, individuando quali prestazioni debbano essere garantite al cittadino a carico dello Stato e quali debbano essere, invece, lasciate alla copertura individuale (già pari ad un terzo della spesa complessiva), eventualmente attraverso lo sviluppo di opportuni strumenti assicurativi.

Nei confronti dell'utenza, questa scelta non può prescindere da un impegno costante nello sviluppo di strumenti affidabili per valutare i risultati degli interventi sanitari.

Diversamente, il controllo della spesa si rifletterebbe in modo indifferenziato sull'intera disponibilità di servizi, rischiando di limitare l'accesso al cittadino a presidi utili per la propria salute. Accanto all'interesse per la definizione di priorità di programmazione sanitaria a livello centrale, si va affermando da parte delle Regioni la necessità di introdurre all'interno del Servizio Sanitario Nazionale un sistema contrattuale che, da un lato, possa promuovere negli erogatori di prestazioni un'attenzione all'efficienza ed alla qualità dei servizi, dall'altro garantisca all'amministrazione della quota capitaria la disponibilità di leve di governo nella composizione del sistema di offerta.

Se le garanzie contrattuali richieste agli erogatori non si riducono più ad una pura verifica amministrativa di requisiti organizzativi e strutturali, il rimborso delle prestazioni effettuate occorre che sia proporzionato al valore aggiunto garantito al cittadino con l'attività sanitaria, sia in termini di soddisfazione del bisogno di assistenza, sia, se possibile, in relazione all'esito clinico.

Per questo, lo sviluppo di politiche di acquisto di servizi sanitari richiede sempre più la progressiva acquisizione di una capa-

cià di lettura della qualità dell'assistenza che non può prescindere dalla disponibilità di adeguati indicatori di risultato.

È in questa prospettiva, ad esempio, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato fra i suoi obiettivi fondamentali per il decennio 2001-2010 la realizzazione di una modalità di gestione dei servizi sanitari orientata ai risultati, che offra la possibilità di valutare il beneficio clinico, di controllare il livello di soddisfazione del paziente e di misurare, infine, la qualità dei servizi¹.

Lo stesso Piano Sanitario Nazionale Italiano del triennio 1998/2000 sanciva che "... le attività di promozione e valutazione della qualità sono da considerare parte integrante dei compiti istituzionali del personale del Servizio Sanitario Nazionale".

Si tratta di un passaggio culturale estremamente importante per un sistema sanitario che misura ancora la propria performance in termini di dimensioni dell'offerta e di volumi di attività.

Questi indici consentono di confrontare le risorse impiegate nel processo di erogazione (input) con quantità e valore di servizi prodotti (output).

L'informazione che ne deriva riflette l'efficienza del sistema.

Viceversa, valutare l'efficacia in ambito sanitario significa misurare i risultati dell'attività in termini di outcome, cioè di esito dell'erogazione del servizio sullo stato di benessere degli utenti².

Il dibattito sulla qualità delle prestazioni sanitarie assume, dunque, rilevanza anche sul piano normativo, in uno scenario che vede la progressiva diffusione in sanità di uno stile mutuato dalla cultura industriale ed economica in genere.

Questi aspetti traggono ulteriore significato se riferiti al cambiamento epocale che la medicina sta attraversando, almeno nei paesi occidentali: il modello classico, basato sull'ethos ippocratico-paternalista, si va confrontando con un approccio personalistico, più orientato al sistema di valori del paziente, mentre prendono maggiore consistenza aspetti di tipo economico-gestionale, finora rimasti in ombra, ed oggi drammaticamente emergenti, in un sistema oppresso da costi crescenti e da decrescenti risorse.

La stessa ricerca clinica nell'ultimo decennio ha notevolmente affinato la metodologia di analisi dei risultati dell'assistenza sanitaria, occupandosi anche della loro contestualizzazione in ambito economico.

Ancora limitato, purtroppo, è invece lo spazio dedicato all'approfondimento del significato applicativo delle variabili misurate. L'esigenza di razionalizzazione nell'impiego delle risorse in sanità appare, infatti, guidata prevalentemente dal momento organizzativo-gestionale, ancorché sostenuto da argomenti scientifici.

Ottimizzare, però, non equivale necessariamente a "risparmiare", quanto piuttosto a garantire una corretta finalizzazione della spesa. Perseguire questo obiettivo richiede l'adozione di strategie di sviluppo delle risorse umane che risultino più attente alla valorizzazione delle competenze strettamente sanitarie ed operative rispetto a quelle osservate fino ad oggi, e che implicino il coinvolgimento di tutte le componenti del sistema in vista di una ridefinizione della "catena del valore", che rappresenti in modo

* Professore a Contratto di Medicina Legale - Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero - ASL Caserta.

Lettura al Congresso Regionale FeDerSerD Puglia "La qualità e la responsabilità professionale nei processi operativi nei Ser.T." Fasano (Brindisi) 24-25 settembre 2009.

soddisfacente la relazione tra fattori produttivi impiegati e miglioramento ottenuto in termini di salute.

In questa prospettiva appare determinante il ruolo degli operatori sanitari.

Al medico, ad esempio, ancorché promosso a “dirigente”, non si richiede di destreggiarsi con registri contabili o documenti di programmazione economico-finanziaria, ma di contribuire con un ruolo di primo piano alla produzione di evidenze circa i risultati delle terapie.

Nel processo di revisione della qualità e di miglioramento dell’assistenza, la componente professionale interpreta, infatti, la competenza sul versante dei benefici, altrettanto importante di quello dei costi, oggi enfatizzato.

Imparare a descrivere e valutare l’efficacia del proprio operato può consentire dunque all’operatore sanitario di dimostrare in modo tangibile a se stesso, ed alle sollecitazioni di qualsiasi amministrazione, come il proprio lavoro non rappresenti un puro costo, ma un buon investimento in grado di creare valore aggiunto per l’intero sistema.

Tutto ciò, naturalmente, a condizione che l’analisi degli esiti clinici diventi una dimensione abituale, e non accessoria, dell’attività di assistenza all’utente.

La ricordata maggiore sensibilità alla dimensione economica di ogni attività assistenziale ed alle sue implicazioni sull’utente è la lente ideale per porre in evidenza la straordinaria variabilità con cui i problemi inerenti la salute vengono tuttora affrontati, non solo in differenti contesti clinici o ambientali, ma addirittura a parità di condizioni generali.

E per spiegare il perché di una scelta sanitaria è sempre meno accettabile il riferimento alla sola discrezionalità del medico, alla garanzia della sua “scienza e coscienza”, in un sistema che vede il sapere scientifico oggetto di continue, fisiologiche trasformazioni ed incertezze, e la sfera morale non egemonizzata da univoche norme prescrittive, ma aperta all’incontro tra posizioni diverse, talora anche fortemente in contrasto fra loro.

In questo contesto culturale ampiamente frammentato e diversificato si sente crescere sempre più il bisogno di comprendere le ragioni di comportamenti sanitari tanto differenti e, ove sia possibile e indicato, di tentare un cambiamento al fine di assicurare al cittadino un più omogeneo livello di prestazioni: queste sono le coordinate da utilizzare per comprendere il processo di sviluppo della cultura della qualità, cioè di quella “capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti delle tecnologie, delle risorse disponibili e delle caratteristiche dell’utenza”³.

In questa prospettiva deve, pertanto, ritenersi meritoria l’attività svolta dalla FeDerSerD nell’elaborare protocolli, procedure e processi operativi⁴ partecipati e condivisi per assicurare maggiore qualità assistenziale ai propri utenti.

Si tratta di introdurre in sanità un modo nuovo di lavorare.

Un modo di gestire le attività che, oltre a responsabilizzare maggiormente gli operatori sanitari sulle scelte che ottimizzano il rapporto costo/efficacia, consente di facilitare il coinvolgimento dell’utente sul suo stesso processo di cura e di recupero, grazie alla maggiore trasparenza e condivisibilità dei suoi contenuti.

I processi operativi sono, infatti, uno strumento gestionale basato sull’assunto secondo il quale, per consentire agli operatori sanitari di attivare le azioni necessarie per governare i risultati sanitari e gestionali di cui sono responsabili, occorre rendere loro disponibile una tipologia d’informazione, tendenzialmente di carattere non monetario, che evidenzii il percorso compiuto dagli utenti e le singole attività utilizzate; solo in tal modo è possibile analizzare e controllare i processi sanitari, allo scopo di

risolvere gli specifici problemi di salute che ciascun utente presenta e, quindi, di attivare le azioni ritenute più idonee per garantire il miglioramento futuro.

I processi operativi (diversamente dalle linee guida che rappresentano raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte dalla comunità medico scientifica, e che avendo carattere prescrittivo e non contestualizzato si limitano ad analizzare prevalentemente gli aspetti diagnostici e terapeutici), non hanno carattere prescrittivo, ma si pongono come punto di confronto e controllo della pratica giornaliera, sono in continua evoluzione sulla base dei cambiamenti in atto nell’Azienda e affrontano, inoltre, variabili non solo cliniche, ma anche di tipo organizzativo e socio-economico.

L’orientamento dei processi operativi si caratterizza per un approccio *bottom-up*, in quanto gli operatori sanitari interessati sono coinvolti nella definizione di percorsi che sono continuamente perfezionati e adattati sulla base dell’impatto sugli utenti e sull’organizzazione.

In breve, i processi operativi sono uno strumento con il quale un gruppo di professionisti e di operatori socio-sanitari stabilisce di gestire, sfruttando nel miglior modo possibile le risorse e le conoscenze a disposizione (tra cui le linee guida), un determinato problema di salute e, soprattutto, si rende disponibile ad un sistematico confronto con la realtà effettiva, al fine di individuare tutti i possibili interventi migliorativi nel rispetto di quanto viene riconosciuto efficiente e, sul piano diagnostico terapeutico, efficace nell’ambito dell’evidenza scientifica.

In verità, taluno potrebbe ritenere che la pedissequa attuazione di sistemi operativi possa di fatto decretare la fine della libertà clinica, implicitamente paventando la progressiva perdita di quell’ethos umanitario che è caratteristica irrinunciabile della professione medica.

Personalmente ritengo di condividere al riguardo il pensiero di Hamilton che già nell’ormai lontano anno 1983, in un editoriale pubblicato sul *British Medical Journal* affermava: *“La libertà clinica è morta e nessuno ne sta rimpiangendo la fine. La libertà clinica era il diritto dei medici, da alcuni considerato divino, di fare qualsiasi cosa ritenessero, a loro esclusivo giudizio, il meglio per i loro pazienti. Nei giorni in cui la diagnostica era di fatto inesistente e gli interventi terapeutici poveri ed inefficaci, il giudizio del medico era tutto ciò di cui si disponeva, ma adesso quel giudizio non basta. Se non abbiamo sufficienti risorse per fare tutto ciò che tecnicamente è possibile, allora la cura deve limitarsi a ciò che è dimostrato essere realmente efficace e la personale valutazione dovrà essere messa da parte”*⁵.

In definitiva, la definizione di processi operativi non rappresenta uno strumento per annullare, limitare o “incanalare” l’autonomia clinica dei singoli professionisti, quanto piuttosto uno strumento messo a disposizione e gestito dal singolo professionista per la valutazione ed il miglioramento continuo della sua pratica.

In questo senso, quindi, i processi operativi sono: – uno strumento di misurazione del risultato della gestione (nella fattispecie dei Ser.T.), che tende ad integrare quelli attualmente in essere ed esclusivamente basati su variabili di carattere economico (costi e ricavi).

Proprio al fine di evitare che le variabili economiche condizionino fortemente o esclusivamente l’azione sanitaria, risulta vincente un approccio che, basandosi sul confronto, esplicita le modalità di gestione dei processi ed il risultato sanitario degli stessi; – uno strumento a valenza, come detto, prevalentemente organizzativo-gestionale, che aiuta ad affrontare i problemi e le inefficienze relative alla rilevante quota di variabilità con la quale vengono gestiti utenti con caratteristiche simili.

Variabilità che deriva spesso da problematiche legate all'organizzazione, quali la logistica della struttura, le modalità di comunicazione tra settori diversi dell'organizzazione, il coordinamento sulle consulenze e sugli esami diagnostici, ecc.; – uno strumento di autovalutazione che comunica all'esterno un'immagine di attenzione del servizio alla qualità della propria attività ed un'autocertificazione del suo buon funzionamento: un progetto di studio dei processi operativi può trasformarsi in un'occasione per costruire una campagna di comunicazione esterna, mirata ad evidenziare lo sforzo organizzativo di miglioramento intrapreso e a riposizionare l'immagine stessa del servizio.

Nel volgere ora al termine di questo intervento, occorre che io faccia riferimento precipuamente ad alcuni aspetti di responsabilità professionale degli operatori sanitari.

Non è certo questa la sede opportuna per ripercorrere i fondamenti dottrinari e giuridici della responsabilità professionale, per i quali rinvio alla poderosa bibliografia sull'argomento.

Ciò che è però importante sottolineare è che qualità e responsabilità sono di fatto le facce di una stessa medaglia; in altre parole, offrire un servizio di bassa qualità, ovvero non impegnarsi a mantenerne inalterate nel tempo le caratteristiche ottimali del trattamento sanitario, coinvolge la diretta responsabilità professionale degli operatori sanitari.

Nel valutare le diverse dimensioni della qualità nei servizi sanitari, la dimensione relazionale è quella che generalmente viene meglio percepita dall'utente.

Non basta, infatti, verificare la qualità tecnica dell'esito di una procedura (l'efficacia), ma si deve anche approfondire la natura e la qualità del rapporto con l'utente.

Un esempio emblematico è dato dal problema del consenso informato: l'operatore sanitario deve evitare una deriva contrattualistica di questo concetto e favorire il recupero del suo significato più alto, che non sta tanto nel "consentire" quanto nell'"informare".

Ancor prima di rilevare la sfera etica del consenso informato, è utile conoscerne i moderni aspetti giuridici.

Le società occidentali si configurano come stati di diritto, ove tutte le attività sono regolamentate, compresa quella degli esercenti una professione sanitaria.

In quest'ottica il consenso informato costituisce il fondamento primo, ma non unico, che legittima i poteri e i doveri del medico. L'atto medico è illecito se praticato in mancanza del consenso: in questo caso, agire significa esporsi alla legge penale, e specificatamente ai reati di violenza privata, sequestro di persona, procurata incapacità di intendere e di volere.

Nel nostro contesto il nodo della questione non è tanto la modalità per documentare il consenso, ma se esiste davvero un consenso!

Quante volte si tratta piuttosto di acquiescenza, di compiacenza verso proposte non comprese, subite in uno stato di timore e/o di inferiorità psicologica?

Dalla prospettiva del medico, è frequente rilevare le molte resistenze del mondo sanitario a discutere insieme con gli utenti le opportunità che si presentano caso per caso e le possibili alternative derivano anche dalla difficoltà ad ammettere le incertezze di cui fisiologicamente è costellato il sapere medico.

Non sono solo i medici a respingere fastidiosamente, fino a negarli, i limiti intrinseci alle loro conoscenze: anche gli utenti, cresciuti in una continua esaltazione dei miracoli della medicina moderna, soprattutto quella a forte contenuto tecnologico-spettacolare, si accostano all'atto medico con speranze, aspettative, addirittura esigenze spesso non corrispondenti alle reali possibilità.

Sono necessari molto coraggio, molto tempo, molta umiltà per riconoscere ed ammettere insieme con gli utenti i limiti di quello che la medicina in generale, e quella del medico in quel particolare contesto, possono fare, con un atteggiamento che non porti a disillusione e pessimismo, bensì ad una costruttiva accettazione della realtà.

Non è medicina di qualità quella esercitata da un medico che, intimorito dalle possibili ritorsioni da parte degli utenti, consente che un freddo atto burocratico sostituisca quel momento cruciale costituito dall'ascolto, dal dialogo, dalla compassione.

Si tratta solo di una pratica difensivistica, dove il medico e l'utente si pongono agli estremi dell'asse terapeutico, rinforzando le loro solitudini ed allontanando le possibilità di incontro, così rappresentando i modelli ideali di quella che Katz ha efficacemente definito la "medicina del silenzio"⁶.

Da ultimo, vorrei infine ricordare che, in una prospettiva di risk management, l'adozione di processi operativi condivisi, pubblicizzati ed aggiornati, riferiti ai dettami della medicina basata sulle evidenze, rappresenta anche una forma di tutela degli operatori sanitari da possibili forme di contenzioso, fornendo esse stesse, essendo riferite alla buona pratica clinica (*bonae leges artis*), il parametro di riferimento per la valutazione di ipotesi di responsabilità professionale per i potenziali consulenti tecnici.

Di converso, ogni scostamento dai processi operativi espressi dalla società scientifica di riferimento deve essere adeguatamente motivato e riportato sulla documentazione sanitaria.

In definitiva, occorre che sia riconosciuta la centralità della dignità della persona in condizione di malattia.

La stessa aziendalizzazione, nata per meglio governare il sistema sanitario, non deve sostituire la centralità della persona con la centralità dell'organizzazione o delle risorse economiche o, perfino, di una eccessiva politicizzazione.

Si tratta, per dirla con Sergio Pintor, di "impegnarsi per una ripersonalizzazione della medicina, che favorisca l'instaurarsi di un rapporto dalle dimensioni umane rispettoso della dignità del malato. L'attenzione e il servizio alla persona malata deve aprirsi a un più ampio prendersi cura della persona"⁷, che veda coinvolti tutti gli operatori di salute.

Note

1. WHO Regional Office for Europe, *Targets for health for all, the health policy: summary of the updated edition*, Copenhagen, 1992.

2. Nelle aziende dotate di un sistema di gestione della qualità, i processi aziendali, devono essere misurabili e monitorabili nel tempo, mediante l'utilizzo di indicatori di prestazioni chiave.

3. Palmer R.H., Donabedian A., Povar G.J., *Striving for quality in health care*, Health Administration Press: Ann Arbor, 1991.

4. Secondo una classificazione tipicamente economico-aziendale i processi aziendali (*business processes*), ovvero l'insieme di attività interrelate, svolte all'interno di un'azienda, che creano valore trasformando delle risorse (*input* del processo) in un prodotto (*output* del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'azienda medesima (*cliente*) e finalizzate al raggiungimento di un obiettivo aziendale, determinato in sede di pianificazione, sono distinti in:

- *processi direzionali* (o *strategici*), i quali concorrono alla pianificazione di medio-lungo termine dell'organizzazione;
- *processi gestionali*, che concorrono alla traduzione degli obiettivi di medio-lungo periodo nella programmazione di breve termine e controllano il raggiungimento degli obiettivi;
- *processi operativi*, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi.

Nel dettaglio, i processi direzionali, che coinvolgono prevalentemente il cosiddetto *senior management*, sono caratterizzati da decisioni *non strutturate*, assunte, cioè, in assenza di regole predeterminate per deci-

dere. Nei processi gestionali, invece, propri del cosiddetto *middle management*, sono prevalenti le decisioni *semi-strutturate*, assunte in base a regole solo in parte predeterminate. Nei processi operativi, adottati ai livelli più bassi dell'organizzazione, secondo la tripartizione suggerita da R.N. Anthony, la grande maggioranza delle decisioni sono *strutturate*, ossia assunte in base a regole completamente predeterminate.

5. Hampton J.R., "The end of clinical freedom", *Br Med J*, 1983, 287,1237-8.
6. Katz J., *The Silent World of Doctor and Patient*, The Free Press, New York, 1984.
7. Pintor S., "Centralità della persona e salute", *Tendenze Nuove*, 2006, 2, 7-13.

NOTIZIE IN BREVE

La relazione annuale al Parlamento sulle droghe

La relazione al Parlamento sulle droghe per l'anno 2008 conferma la complessità del fenomeno nel nostro Paese.

Si assiste alla presenza di consumi di sostanze ormai note e al consolidarsi di nuove problematiche, quali il fenomeno del policonsumo, che vede l'alcol molto utilizzato accanto a cocaina e cannabinoidi.

I SerT si confermano centrali nell'intercettare il bisogno di accoglienza e di cura con quasi 180.000 persone assistite, senza considerare l'impegno nella assistenza e nel recupero nelle carceri, ove il 33% degli ingressi nel 2008 è stato rappresentato da persone con tossicodipendenza.

Importante indice di capacità di intervento è il dato della diminuzione di oltre il 10% dei decessi per overdose.

Importante il richiamo contenuto nella relazione, accanto ai fondamentali compiti preventivi ed educativi (specialmente verso i minori) al prendersi cura della persona nel suo insieme, con i necessari presidi preventivi sanitari e interventi specialistici.

Proprio sul tema della prevenzione delle patologie correlate alle dipendenze FeDerSerD ha dedicato un importante confronto scientifico a metà giugno a Bologna e alle varie facce del Policonsumo dedicherà una tre giorni congressuale a Padova ad inizio novembre.

Il sistema di intervento italiano è diffuso e scientificamente fondato, ma attaccato nella sua solidità sia nelle risorse umane che negli strumenti operativi; necessita di punti di ancoraggio forti e

omogenei che solo una sinergia tra Governo e Regioni può garantire.

FeDerSerD non si stancherà mai di richiamare le istituzioni ai loro compiti.

In questa occasione prendiamo atto della volontà del Governo, espressa dal sottosegretario sen. Carlo Giovanardi, di introdurre una norma che vincoli l'1,5% della spesa sanitaria delle Regioni al rafforzamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze - Ser.T.

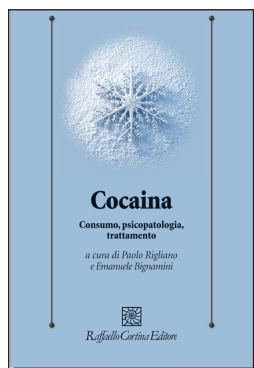
Importante è anche la definizione, da parte di un gruppo di lavoro preso il Dipartimento Politiche Antidroga, di linee di indirizzo utili all'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza delle attività di riduzione del danno curate dai Ser.T. e dalle strutture intermedie e di bassa soglia.

Se uniamo questi propositi ad un punto delle conclusioni della conferenza di Trieste, ove si riafferma la necessità e validità dell'organizzazione dipartimentale autonoma per le dipendenze, quale garanzia per una risposta territoriale organizzata e coordinata al problema su tutti i territori, crediamo vi sia materia per approfondire un vero confronto tra le istituzioni, al quale FeDerSerD continuerà a contribuire con le risorse scientifiche e manageriali dei professionisti italiani dei servizi.

Alfio Lucchini

Presidente Nazionale FeDerSerD (Dichiarazione ANSA)

RECENSIONE



Paolo Rigliano, Emanuele Bignamini
(a cura di)

COCAINA
Consumo, psicopatologia,
trattamento

pp. 368, € 28,00
Collana: Psicologia clinica
e psicoterapia n. 211
Raffaello Cortina Editore

L'uso e l'abuso di cocaina stanno diventando uno tra i più gravi problemi sociali, educativi e clinici che gli operatori dei più diversi settori si trovano ad affrontare.

A partire dall'esperienza concreta dei clinici che lavorano in prima linea, il testo propone un panorama completo delle conoscenze scientifiche sulla diagnosi e sulle strategie terapeutiche, offrendo un preciso modello di gestione del trattamento, basato sull'interpretazione del consumo di cocaina come ricerca di un Sé maniacale.

Paolo Rigliano, psichiatra e psicoterapeuta, dirige una struttura psichiatrica territoriale dell'Ospedale San Carlo di Milano. Nella collana di Psicologia clinica ha pubblicato *Doppia diagnosi* (2004) e *Gay e lesbiche in psicoterapia* (2006).

Emanuele Bignamini, psichiatra e analista della Società italiana di psicologia individuale, dirige il dipartimento Dipendenze 1 della ASL Torino 2. È membro dell'Ufficio di Presidenza nazionale di FeDerSerD.

pubblicità Molteni

Tossicomania: vizio o malattia? (e nel caso, che tipo di malattia?)

Giuseppe Marras*

SUMMARY

■ *If we consider illness to be a strong psycho-physical and behavioural problem of an individual, then the substance-addiction – not only the use of substance – must be considered as an illness. This concept carries on being true, in spite of some aspects of addiction (voluntariness, boon, illegality, resistance to treatment, etc.) that tend to obscure his pathological nature and to activate against her moralistic estimations and extended hostilities. The addiction is a sort of double-illness, in the sense that addiction (evident illness) reveals himself in the more or less self conscious essay to take care of Egòs structural fragility (hidden illness). The egòs fragility was born in the infancy of an individual and has mainly to do with parental care seriously inadequate. Adolescence operates as this fragility's detonator. The treatment of addiction cannot leave aside the care of the fragility that sticks beneath her. In the sanitary politic plan it means to assign higher resources to Ser.T. and to provide for the operator's formation and supervision. ■*

Keywords: *illness, moralistic estimation, egòs fragilità, parental care, teen-aged assessment.*

Parole chiave: *malattia, pregiudizio morale, fragilità dell'io, cure parentali, vaglio adolescenziale.*

Mi sono deciso a scrivere su questo argomento, che può apparire antiquato e scontato, proprio perché mi pare invece che esso sia ancora importante ed attuale, come anche la V Conferenza nazionale sulle politiche antidroga di Trieste e le più recenti Consultazioni di Roma del 4 maggio e del 15 settembre scorsi hanno messo in evidenza.

Il mio vorrebbe essere un contributo alla bella discussione sulle tossicomanie che si è svolta in queste tre occasioni, un contributo che nasce come riflessione sulla mia ormai ventennale esperienza clinica di medico e psicoterapeuta di Ser.T., fatta alla luce delle acquisizioni neurobiologiche sull'argomento, ma soprattutto della "visione winnicottiana" dello sviluppo emozionale umano.

Un contributo che si rivolge anche agli interlocutori politici del problema e all'opinione pubblica in generale.

Prima di addentrarmi nell'esame del "dilemma", ritengo sia fondamentale precisare che quando parlo di tossicomania non mi riferisco al semplice "uso di sostanze", entità vaga e "variegata" sulla quale vengono periodicamente puntati i riflettori dei mass-media e che, pur rappresentando un'area "a rischio", può rientrare nell'ampio concetto di "normalità" psichica.

Mi riferisco a un'entità che, nascendo dall'uso di sostanze, rappresenta molto di più rispetto a quest'uso, in quanto condiziona pesantemente fino a stravolgerla la vita di chi ne è coinvolto.

In altri termini, nel caso della tossicomania "strutturata" siamo in presenza di un'indubbia alterazione psico-fisica e comportamentale dell'organismo, che la colloca nell'area comunemente riconosciuta della malattia.

*Dirigente medico, psicoterapeuta, Ser.T., ASL Cagliari.

Il paradosso è che, nonostante la Sanità pubblica abbia istituito fin dai primi anni Ottanta dei Servizi specifici per garantire un'assistenza "medico-sociale" ai tossicomaniani, e nonostante la Dipendenza da Sostanze trovi oggi uno spazio preciso in tutti i trattati di psichiatria, bene, sembra vi sia ancora un'enorme difficoltà, a livello istituzionale, sociale e di mass-media, di considerare i tossicomaniani persone malate (gli stessi tossicomaniani generalmente non si considerano tali).

Esprime questo paradosso anche il fatto, a mio avviso indubbio, che i Ser.T. siano sempre stati e siano tuttora "la Cenerentola" delle ASL, nonché i grandi assenti dai "tavoli decisionali" e dall'informazione di massa sull'argomento "tossicomania".

È d'altro canto evidente la diffusione a tutti i livelli dello stigma e del pregiudizio morale verso i tossicomaniani, pregiudizio che porta a considerarli semplicemente dei "viziosi", degli individui "dediti al male", come tali individui non da curare, semmai da punire o abbandonare al loro destino.

È probabile che questo atteggiamento ostile da parte della società sia in qualche misura accettato e anche inconsciamente ricercato dal tossicomane, come autopunizione "espiativa" per il suo colpevole comportamento, (nonché "pretesto" per continuare in esso). Ma la società non dovrebbe colludere – ritengo – con questo meccanismo perverso e dovrebbe vedere in esso e al di là di esso la difficoltà, il bisogno d'aiuto dell'individuo tossicomane.

Il pregiudizio morale incide dunque sfavorevolmente non solo sulle scelte politiche sanitarie del Governo, delle Regioni e delle ASL, ma anche sull'autostima, le motivazioni alla cura e le possibilità di reinserimento dei nostri utenti, nonché sul "morale" degli operatori dei Ser.T., questi ultimi spesso delegittimati nel loro ruolo "curativo" e "dequalificati" a semplici erogatori della terapia farmacologica sostitutiva.

Effettivamente, se parliamo di "malattia" nel senso comune del termine, quindi di evento involontario, che provoca sofferenza evidente, e da cui si vuole guarire mediante delle cure talvolta molto lunghe e dolorose, ecco, la tossicomania non può essere considerata a prima vista tale.

Se poi aggiungiamo le implicazioni delinquenziali che spesso accompagnano la Dipendenza da eroina o da cocaina, sembra impossibile sentire compassione verso questi "malati" o non voler punire questi "delinquenti".

È noto che l'alcolista, che generalmente non commette reati per procacciarsi la sua dose di alcol, viene "sentito" dalla società molto più degno di comprensione e compassione dell'eroinomane o del cocainomane, benché la natura biologica e clinica del disturbo sia sovrapponibile e l'alcol sia una droga (legale) altrettanto pesante dell'eroina e della cocaina.

Che la volontà dell'individuo (ma insieme ad altri importanti fattori e al caso – vedi oltre) giochi un ruolo essenziale nella dedizione alle sostanze, è indubbio.

Che l'uso di sostanze comporti inizialmente il godimento di una intensa, "piacevole" sensazione psico-fisica, è facilmente verificabile.

Non c'è dubbio infine che quella tossicomane sia una "scelta sbagliata" (ciò che non ha difficoltà ad ammettere lo stesso interessato) e che si debba fare il possibile a tutti i livelli per scoraggiarla. Però – mi domando – una volta che l'individuo, "toccato" dalla sostanza, è rimasto "uncinato" ad essa, sembra non poter più vivere senza, e di fatto per non farsela mai mancare è diventato insensibile a tutte le gravi situazioni che ne conseguono (malattie infettive potenzialmente letali, "rottura" con la famiglia, ostilità sociale, carcere, bisogno costante del Ser.T., ecc.) di che cosa possiamo parlare se non di un legame che trascende l'iniziale volontà e capacità di controllo dell'individuo, e che diventa un'ossessione di entità patologica, una paralizzante "dipendenza" e dunque una vera e propria malattia psichica?

Una malattia nella quale la volontà dell'individuo continua a svolgere un ruolo importante (e travagliato) per tutto il tempo della sua durata, ma pur sempre una malattia.

Possiamo d'altro canto abbandonare al suo destino questo giovane, non curarlo, solo perché in qualche misura la sua malattia "se l'è cercata lui"?

E i fattori favorevoli che non dipendono da lui?

Penso che, in quanto adulti della società (genitori, insegnanti, educatori in senso lato, ecc.) siamo tutti in qualche misura corresponsabili del destino dei nostri giovani.

Penso anche che, di fronte alla drammatica realtà della Dipendenza dalle Sostanze, la responsabilità iniziale del giovane o il "piacere" iniziale offerto dalle sostanze debbano essere considerate circostanze secondarie, proprio come diventano secondarie nella realtà esistenziale del tossicomane "strutturato", che è tutto tranne che una persona libera dai conflitti e dalla sofferenza, sana e felice.

Per quanto riguarda i reati che spesso accompagnano la tossicomania, è noto che a commetterli sono soprattutto i tossicomani con un disturbo di personalità "antisociale", disturbo che porta a commettere reati, a prescindere dall'uso di sostanze.

Comunque, i reati che commettono molti nostri pazienti, nell'area della microcriminalità collegata all'uso di sostanze, se pure sono da considerare un indice della severità della patologia tossicomane, non derivano da questa in modo ineluttabile, specie da quando esistono i Ser.T.

I nostri utenti non potrebbero pertanto invocare, a mio parere, un'impunità giudiziaria in nome della "dipendenza" dalle sostanze. Impunità che, del resto, non mi pare che essi invocino.

Fermo restando questo, mi sembra utile che le implicazioni delinquenziali non impediscano alle Istituzioni di valutare la tossicomania in quanto malattia.

In particolare mi sembra opportuno concedere ai tossicomani condannati per reati "di droga" la possibilità di espiare la pena con misure alternative rispetto alla detenzione (programma in Comunità o al Ser.T.), misure che consentano appunto di curare al meglio la dipendenza patologica dalle sostanze e con essa anche i disturbi psichiatrici spesso associati, così che si possa avere il reinserimento nella società di una persona che, curandosi, è riuscita a capire il suo malessere e sanare il suo sbaglio. "Ecco – sosterranno a questo punto i "moralisti" e la parte moralistica che è in ognuno di noi – è proprio nell'area della cura che si dimostra la fragilità dell'ipotesi della tossicomania come malattia. Ammettiamo pure che il giovane sia "inciampato" nella droga per ingenuità, o sia stato "uncinato" da essa in un momento di difficoltà; non si capisce però come mai, una volta superata la "luna di miele" o passato il momento critico, egli non chiuda con la dedizione alle sostanze e non torni, con l'aiuto del Ser.T. o della Comunità terapeutica, a una vita "normale".

La verità – insistono i "colpevolisti" e la parte colpevolista che è in noi – è che non vi è nel tossicomane alcuna reale volontà di cambiamento, di guarigione, come c'è invece nei veri malati.

Che rispondere?

Devo dare atto ai nostri ipotetici interlocutori, esterni e interni, che apparentemente è vero ciò che essi sostengono.

Sembra proprio che mentre una parte del paziente tossicomane voglia farsi curare, e riuscire ad affrontare la vita senza sostanze e relative complicazioni, un'altra parte "remi contro" questo progetto, facendo spesso naufragare anche i programmi terapeutico – riabilitativi che salverebbero il paziente dal carcere.

Ma – ecco il punto – perché ciò avviene?

Quello che per i nostri severi censori è un dato assodato di malvagità e sicura colpevolezza del giovane, per altri è invece un punto di partenza per cercare di capire.

Non voglio eliminare l'importanza della volontà individuale né per l'insorgere della tossicomania, né tanto meno per la riuscita del processo di guarigione.

Ma sono convinto che vi siano delle gravi difficoltà e motivazioni (spesso includono le stesse che hanno portato all'instaurarsi della tossicomania, aggravate ora dalla "forza dell'abitudine" tossica) se un giovane in genere dotato di normale intelligenza e normale senso della realtà non vuole rinunciare al suo legame "patogeno", a ciò che sta danneggiando pesantemente la sua esistenza e quella dei suoi familiari.

Prima di approfondire questo aspetto, vorrei soffermarmi ancora un attimo sul pregiudizio morale verso il tossicomane, per sottolineare che esso è diffuso non solo fra i comuni cittadini e i rappresentanti delle Istituzioni, ma anche fra gli operatori della sanità, compresi i medici, gli psichiatri e coloro che lavorano al Ser.T. Indubbiamente, con le sue pretese all'"adesso e subito", con le sue frequenti "manipolazioni" e trasgressioni rispetto alla terapia, con le sue continue ricadute nell'uso di sostanze e negli "agiti" aggressivi o delinquenziali, nonostante i buoni propositi manifestati, il tossicomane sembra fare di tutto per diventare insopportabile agli stessi operatori del Settore, per strappare da sé l'etichetta di malato e sostituirla con quella di "vizioso" e di irrecuperabile.

Ma si dovrebbe capire – il che, per chi "subisce" quotidianamente la patologia non è facile – che questa irriducibile e provocatoria cronicità è la natura clinica specifica della patologia tossicomane, patologia che esprime non solo l'enorme "capacità legante" delle sostanze, ma anche – sto anticipando il punto

centrale del mio discorso – una profonda fragilità psicologica dell'individuo, che cerca appunto sostegno nelle sostanze.

La tossicomania di conseguenza, per essere curata adeguatamente, richiede operatori specificamente formati non solo dal punto di vista medico-farmacologico, ma anche psicoterapico e socio-educativo.

Tali operatori necessitano inoltre – sia come singoli sia come Servizio – di una supervisione costante da parte di esperti psicoterapeuti, per poter affrontare lo stress del continuo “confronto-scontro” con la patologia, senza arrivare alla demotivazione, al “burn-out”, e ai “contro-agiti” ostili (fino al rifiuto totale del paziente).

Sostengo dunque l'opinione che il tossicomane, già in quanto affetto da una grave dipendenza dall'uso di una o più sostanze psicoattive, sia da considerare una persona malata.

La mia opinione ulteriore è che per definire in tutta la sua portata la dipendenza dalle sostanze come malattia si debba cercare di capire perché un individuo, quel preciso individuo, abbia iniziato ad usare sostanze psicoattive e, soprattutto, perché ne sia diventato patologicamente dipendente.

Non ho dimenticato la forza chimico-biologica delle sostanze, il loro enorme potere ansiolitico e antidepressivo, la loro capacità di modificare la percezione di se stessi e del rapporto con gli altri. È proprio perché interagiscono coi recettori preposti al controllo delle nostre funzioni “centrali”, dei nostri bisogni e piaceri primari, che le varie sostanze piacciono e possono soggiogare ad alti livelli la volontà di chi le usa.

Per lo stesso motivo esse vanno considerate intrinsecamente pericolose a livello sociale e ne deve essere contrastata la diffusione.

Tuttavia, benché riconosca (ovviamente) che le sostanze sono un fattore causale fondamentale, non sono un sostenitore dell'ipotesi puramente “neurobiologica” della tossicomania, secondo la quale una persona – qualunque persona – resterebbe “invischiata” nelle sostanze semplicemente perché ha avuto la sfortuna di incontrarle.

E secondo la quale, una volta che l'uso ripetuto delle sostanze abbia “lesionato” i circuiti neuronali della gratificazione, l'individuo sarebbe condannato – che lo voglia o meno – a restare tossicomane per tutta la vita, con i Ser.T. costretti a far ben poco oltre la somministrazione del farmaco sostitutivo.

No, una malattia è sempre determinata dalla relazione tra agente patogeno e condizioni complessive dell'organismo ospite.

Nel caso della tossicomania (e della sua cura) non si può prescindere – ritengo – dalla struttura di personalità dell'individuo e dal contesto familiare e sociale in cui egli vive.

Il che mi sembra sia fortemente suggerito oltre che dal buon senso, anche dalle seguenti “evidenze”:

- a) non tutti coloro che provano le sostanze psicoattive diventano tossicomani;
- b) esistono dipendenze in cui manca una sostanza psicoattiva (vedi la dipendenza da gioco d'azzardo o da sesso);
- c) la tossicomania è più diffusa tra le fasce sociali “marginali”.

L'importanza della personalità e del contesto familiare e sociale si evince anche dal fatto che oggi tutti, più o meno, sanno della pericolosità delle droghe e dunque, il fatto stesso di avvicinarsi ad esse nonostante questa consapevolezza indica – mi pare – che ci sia già “qualcosa” nell'individuo e nel suo ambiente che lo spinge nella direzione “sbagliata”.

L'ulteriore “evidenza” clinica che più di un paziente tossicomane possa arrivare alla piena disintossicazione e restare “substance free” anche per molti anni, se si motiva al cambiamento e si sottopone a cure adeguate, dimostra – mi pare – che l'ipotesi dell'onnipotenza e dell'irreversibilità del danno biologico indot-

to dalle sostanze sia alquanto “dubbia” e, di conseguenza, alquanto “dubbio” il fondare solo su tale ipotesi lo statuto di “malattia cronica” della tossicomania.

Per spiegare a pieno la comune “evidenza” clinica di cronicità della gran parte dei casi di tossicomania bisogna ricorrere, a mio avviso, a un'ipotesi più complessa e articolata che non la sola “forza” delle sostanze, un'ipotesi che chiami in causa appunto anche la personalità dell'individuo, il suo ambiente di vita e l'adeguatezza delle cure per lui approntate.

Resta assodato che, una volta trovata la “giusta preda”, le sostanze danno effettivamente luogo in essa a quella entità clinica pervasiva, apparentemente solo “organica”, resistente ai cambiamenti, altamente dannosa per l'individuo e la società, che chiamiamo tossicomania.

Entrando nel merito del fattore “personalità”, su cui in ambito psicoanalitico hanno molto scritto Rosenfeld e Olievenstein, in ambito “sistemico-familiare” Cancrini, ritengo di poter dire in estrema sintesi che nella genesi di una tossicomania è pressoché costantemente in gioco, benché non sempre evidente, una condizione di “fragilità strutturale” (o immaturità) della personalità. Tale condizione corrisponde a un grave difetto nell'identità e nella forza dell'Io dell'individuo e rimanda principalmente alla sua infanzia, alle vicissitudini della sua dipendenza assoluta dai genitori, dalla quale tutti partiamo (vedi oltre).

La “fragilità” dell'Io di cui parlo – che ha sicuramente una componente genetica e un correlato biologico – non deve necessariamente esitare nella tossicomania, essa può “scegliere” altre soluzioni patologiche per esprimersi, così come, se tempestivamente riconosciuta e curata, rientrare in uno sviluppo normale. Quando esita nella tossicomania, lo fa di regola in adolescenza e col concorso di fattori ambientali “favorenti” (persistenti carenze educative e comunicative in ambito familiare, cronica lontananza delle Istituzioni, facile accesso alle sostanze, frequentazione di gruppi “a rischio”, ecc.).

Il punto centrale del concetto che propongo è la relativa incapacità dell'individuo di affrontare autonomamente (e adeguatamente) le difficoltà emotive dell'esistere.

Tale incapacità, su cui si innesterà l'uso delle sostanze, può essere rappresentata da varie entità psicopatologiche, anche molto diverse tra loro, tutte accomunate tuttavia dalla caratteristica di esporre l'individuo al bisogno di un sostegno e/o di un contenimento esterni.

Possiamo avere, ad esempio, la sottomissione dell'individuo alle ansie e agli impulsi istintuali, con una conseguente patologia da “discontrollo” e “passaggio all'atto” (area borderline e antisociale), oppure l'adozione rispetto agli impulsi e alle ansie di difese psichiche eccessivamente “rigide”, tipo inibizione o dissociazione della personalità, “negazione” della sofferenza psichica e fuga nella realtà esterna (area schizoide, nevrotica e dei disturbi dell'umore). Possiamo poi avere entità “miste”, che sono probabilmente le più frequenti e che, quando sono intrecciate con gli effetti psichici acuti e cronici delle sostanze, rendono particolarmente difficile per gli psichiatri e gli psicologi Ser.T., che intervengono inevitabilmente “a posteriori”, effettuare nel tossicomane una chiara diagnosi psicopatologica.

Mi rendo conto che il concetto di “fragilità” dell'Io del tossicomane resta inevitabilmente sul vago, anche riguardo al legame fra questa entità e i quadri psichiatrici più definiti, che formano la comorbidità psichiatrica della tossicomania.

Ma sono convinto che dal punto di vista clinico ciò non sia poi un gran male.

L'importante infatti, secondo me, è che sul paziente che ci è stato affidato, noi operatori Ser.T. non ci stanchiamo mai di cer-

care – innanzitutto con un’anamnesi accurata e approfondita, che risalga fino al concepimento del paziente e riguardi ovviamente i suoi genitori – gli specifici disturbi psicopatologici sottesi alla patologia tossicomane, e che non usiamo la “vaghezza” o la difficoltà di riconoscimento degli stessi per negarne l’esistenza e per dedicarci alla sola pur importante stabilizzazione farmacologica della tossicomania...

A proposito dell’entità della fragilità strutturale dell’Io, nell’individuo che va incontro alla tossicomania, direi che essa è in genere di entità moderata – non psicotica – anche perché, per fare la vita da tossicomane è comunque necessaria una specifica “abilità”, che l’individuo psicotico difficilmente possiede.

Direi anche che, eccezion fatta per il caso in cui si esprima come “disturbo della condotta”, la moderata “fragilità” dell’Io di cui parliamo passa solitamente inosservata agli occhi dei familiari, degli insegnanti, dei medici di famiglia, ecc.

Lo stesso uso iniziale delle sostanze rimane in genere “sotterraneo” per molti mesi; così che “la scoperta” della tossicomania, a seguito di un’epatite, di un guaio giudiziario, di una sofferta confessione, o altro, appare in molti casi un evento del tutto inaspettato per i familiari e i conoscenti dell’adolescente, quasi un fulmine a ciel sereno.

In realtà, come noi operatori di Ser.T. stiamo imparando a capire sempre meglio, visitando un numero crescente di adolescenti consumatori di sostanze, inviati dal Tribunale per i minori o accompagnati dai genitori disperati, l’assenza di psicopatologia conclamata prima dell’adolescenza non implica uno stato di benessere e di normale sviluppo della personalità.

È vero invece che, con la tempesta ormonale che induce e la spinta fisiologica che sollecita alle relazioni sociali autonome, senza protezione genitoriale, il passaggio evolutivo adolescenziale si rivela essere un vaglio inesorabile della solidità della personalità dell’individuo e, con ciò, il fattore scatenante di innumerevoli quadri psicopatologici conclamati. (Da questo punto di vista l’uso di sostanze può ben essere anche un S.O.S. lanciato da un adolescente in procinto di “naufragare”).

A proposito del “vaglio” adolescenziale vorrei sostenere che, se l’individuo si porta appresso dall’infanzia una struttura di personalità abbastanza solida (di cui fa parte – a mio parere – anche la capacità di evitare l’uso delle sostanze “pesanti”) presenta cioè un Io che non è stato traumatizzato, e si trova inoltre in un contesto familiare e sociale capace di captare i segnali di disagio e di procurare interventi curativi, se necessari, allora ecco che le turbolenze adolescenziali, comunque impegnative e pericolose, lasceranno a un certo punto il posto a un giovane adulto “normale”, relativamente padrone e soddisfatto della propria vita, più o meno adeguatamente integrato e impegnato in ambito sociale.

Tutto diverso, invece, se all’appuntamento adolescenziale questa relativa solidità dell’individuo e del suo contesto manca. In questo caso i compiti evolutivi imposti dall’adolescenza possono diventare traumatici, capaci di far esplodere la fragilità e la sofferenza dell’individuo, fino a quel momento tenute a bada, e di favorire la messa in atto di risposte “difensive” di tanti tipi, ma tutte inevitabilmente “fragili”, difettose.

Per la nascita della tossicomania possiamo ipotizzare che quando l’inadeguatezza e il malessere che si porta appresso l’adolescente diventano soverchianti rispetto a quanto può sopportare la sua struttura di personalità, coesiste in essa – in sintonia con la fragilità – una forte tendenza agli “agiti” trasgressivi, e mancano fattori ambientali protettivi, ecco che lo sperimentare le sostanze può diventare decisamente “facile”, l’effetto ansiolitico e apparentemente strutturante delle sostanze particolarmente

“piacevole” e, con ciò, la via verso la cura “umana” del malessere fortemente ostacolata, mentre la via verso la “folle cura” tossicomane ampiamente spianata.

Effettivamente, la possibilità garantita dalle sostanze, almeno all’inizio, di “cancellare” in un attimo le sofferenze emotive esistenti (comprese quelle derivanti dall’uso di droga) e di garantire dunque all’individuo una potenziale “invulnerabilità” psichica, con la quale poter affrontare spavalidamente qualsiasi situazione, può diventare per un adolescente fragile (e sfortunato) il perno di un’organizzazione difensiva altamente desiderabile; anche perché all’inizio essa appare tanto efficace quanto facilmente controllabile, mentre i suoi costi e pericoli vengono tipicamente (e tragicamente) allontanati dalla coscienza.

Riflettendo sulla funzione “difensiva” delle sostanze, ci si potrebbe chiedere: sofferenza psichica “scomparsa”, in quanto trasferita e tenuta a bada “nel corpo”; funzionalità sociale “conservata”, se non addirittura “migliorata”; dunque tutto risolto con le sostanze per l’adolescente “emotivamente fragile” di cui parliamo?

Direi proprio di no.

A parte le serie complicazioni sanitarie, familiari e sociali che può comportare, e l’inesorabile destino di decadenza cui va incontro, la “soluzione” tossicomane presenta almeno due gravi limiti intrinseci, strutturali, ineliminabili.

1. Se è vero che l’essere umano deve trovare in continuazione strategie che gli permettano di affrontare le difficoltà inerenti all’esistere, bene, con l’effetto “anestetizzante” delle sostanze l’individuo perde la percezione di tali difficoltà e non ha più bisogno dunque di trovare le strategie personali che gli consentano di affrontarle. In altre parole, se un’entità esterna (la sostanza) permette all’adolescente di evitare il difficile lavoro psichico umano di imparare a gestire pulsioni, ansie, rabbia, depressione, ecc., con ciò stesso viene impedito all’adolescente di sperimentare le proprie forze psichiche, di crescere come persona. (Non a caso molti tossicomani raccontano che, a partire dalla dedizione alle sostanze, il tempo per loro si è come fermato).

E naturalmente, l’entità esterna che “risolve” magicamente le difficoltà, facendone sparire la risonanza emotiva spiacevole, diventa essenziale per continuare a funzionare come persona nella quotidianità. Anche perché le precedenti “difese” dell’individuo sono state progressivamente “assorbite” e in buona parte sostituite dall’ “ultima arrivata”.

Il primo limite “adattativo” della tossicomania è dunque l’inesorabile destino di “immaturità psichica” (o fragilità strutturale) che essa riserva al giovane o, meglio, perpetua in lui, con l’inesorabile destino ora collegato di dipendenza dalle sostanze per “vivere”.

2. Il secondo limite adattativo, strettamente legato al primo, riguarda il fatto che il funzionamento mediato dalle sostanze, proprio in quanto fortemente “difensivo” e centrato sul corpo, tende ad appiattare la vita psichica del giovane (già ipoevoluta e “difesa” in partenza) ad impoverire le sue relazioni con gli altri in termini di autenticità, significatività, possibilità di arricchimento reciproco.

Chiuso nel suo “guscio” impenetrabile alle ansie, nella sua dimensione somatica regolata dalle sostanze, il vero Sé del tossicomane si può permettere con gli altri – sto ovviamente semplificando – quasi solo relazioni superficiali, “formali”, in qualche misura “finte”, o relazioni elementari, orientate sul “concreto”, sui soddisfacimenti istintuali immediati, e sulle relative divisioni del mondo in “amici e nemici”; mentre deve rifuggire dalle relazioni affettive profonde, che nella loro complessità necessitano di un Sé autentico e relativamente solido per essere affrontate e godute. Le uniche relazioni interpersonali “profonde” che

il tossicomane si può permettere ed è anzi obbligato ad avere, a causa della sua "fragilità", sono quelle di dipendenza (dai genitori, da un altro familiare, dal partner, dallo spacciatore, dall'operatore Ser.T., ecc.), relazioni che precedevano e coesistono con la relazione di dipendenza dalle sostanze; relazioni che risultano quasi sempre "instabili" e insoddisfacenti, perché "strumentali", basate cioè sulla pretesa che l'altro si adatti totalmente e indefinitamente alle loro enormi e pressanti esigenze, ciò che provoca inevitabilmente conflittualità, anche nel partner di relazione più disponibile.

"Tuttavia – si potrebbe giustamente sostenere – l'uso di sostanze è comunque una strategia, una modalità di affrontare la vita. Ognuno fa quel che può per tenere a bada le proprie ansie, la propria fragilità! È facile giudicare le "scelte" esistenziali degli altri, magari dall'alto di una vita serena, economicamente agiata, di un'infanzia fortunata!...".

Certo. Ho riportato infatti la mia ipotesi sulla fragilità psicologica del tossicomane e mosso le mie critiche alla "scelta" tossicomane col massimo rispetto verso i giovani che hanno subito l'una e messo in atto l'altra, e senza alcuna presunzione di superiorità rispetto ad essi, ben consapevole come sono della mia personale "fragilità" e della precarietà delle soluzioni "normali" che ho potuto dare ad essa.

Ma non credo di mancare di rispetto ai miei pazienti (o di essere portatore di un pregiudizio morale nei loro confronti) se dico che non mi convince la visione "pseudo rispettosa" della tossicomania, che la assimila a una semplice malattia "internistica", tipo diabete, nella quale avrebbe dunque poco senso occuparsi della personalità dell'individuo... se dico che ciò che prevale in me nel considerare la loro vita e la loro malattia è un profondo dolore e rammarico "di tipo genitoriale", convinto come sono che la tossicomania è stata ed è per i nostri pazienti il tragico esito di un tentativo sbagliato di affrontare la vita (o fuggire dalle sue difficoltà)... e se dico infine che la maggior parte dei tossicomani, benché ora strettamente legati alla loro strategia di vita e "assestati" in qualche modo intorno ad essa e alle cure del Ser.T., avrebbero voluto per sé (e dal mio punto di vista avrebbero dovuto avere) un altro miglior destino.

E non ce l'hanno fatta.

Prima di affrontare il discorso "Ser.T.", vorrei esprimere alcune ultrasintetiche considerazioni sull'origine della "fragilità strutturale della personalità".

E dire che condivido l'opinione di quegli Autori secondo i quali, fermo restando il contributo della predisposizione genetica, tale "fragilità" ha un'origine ambientale precocissima, che dobbiamo andare a cercare principalmente nell'inadeguatezza delle cure materne primarie e del contributo paterno ad esse. Sappiamo infatti da tempo, grazie agli studi di Spitz, Winnicott, Bowlby (e le Neuroscienze lo stanno incessantemente confermando) che una buona relazione iniziale madre-bambino è condizione indispensabile all'espletarsi dei processi maturativi "bio-psicologici" che portano il bambino stesso a emergere progressivamente dalla dipendenza materna (sempre che la madre lo aiuti in questo) e a costituirsi come individuo "separato", relativamente autonomo, sufficientemente sicuro di sé, e per ciò stesso capace di andare fiducioso verso il mondo, le relazioni con gli altri, ecc.

Il ruolo paterno di "terzo" è fondamentale per la riuscita di questo processo di formazione della personalità e di superamento della dipendenza iniziale del bambino dalla madre.

Per Olievenstein – e anche la mia esperienza clinica lo conferma – la carenza della figura paterna è un tratto caratteristico dell'infanzia del tossicomane.

Il fallimento o la difficoltà ambientale nel proteggere e facilitare i processi maturativi del bambino fa sì che egli abbia quantità eccessive di ansia da gestire con una struttura psichica incapace di farlo. (La sua struttura psichica – la sua organizzazione neuronale centrale – non si è potuta infatti costituire "normalmente" a causa dell'impossibilità di internalizzare cure genitoriali adeguate).

Il risultato di tutto ciò, se i fattori negativi persistono nel tempo incontrastati, è la necessità per il bambino di ricorrere a difese "rigide", primitive, spesso "psicosomatiche" o comportamentali, tra cui la dipendenza eccessiva dalla madre e/o dai suoi sostituti. Difese comunque disfunzionali, che attenuano cioè le sofferenze e le difficoltà del bambino (quando vi riescono) al prezzo altissimo di bloccare il suo sviluppo psichico, la sua possibilità di costruirsi una struttura di personalità sufficientemente solida e flessibile, con la quale vivere una vita emotivamente piena, indipendente, creativa.

Cosa può aggiungere la fenomenologia clinica di Ser.T. alla visione della tossicomania che ho cercato di delineare?

Per rispondere alla domanda può essere utile provare a seguire le richieste che generalmente fa al Ser.T. un tossicomane motivato a guarire (per semplicità un eroinomane).

In linea di massima la richiesta iniziale del nostro paziente è la disintossicazione: il nostro giovane "non ne può più" – così almeno ci dice – della sua schiavitù da una ormai "inutile" sostanza, e delle complicazioni familiari e sociali che ne derivano.

Ma bastano pochi tentativi falliti per capire che la richiesta di disintossicazione rappresenta sostanzialmente un pio desiderio, mentre un'altra richiesta tende a prender piede al suo posto: si tratta della richiesta di usare il farmaco sostitutivo, anziché per la disintossicazione, per mantenere a tempo indeterminato quel semplice stato di "non-maleessere", di "normalità", fornito ultimamente dall'eroina, e ora appunto dal farmaco che "la sostituisce".

Come se garantirsi questa condizione psicofisica, nonostante la sua "pochezza" rispetto al passato, fosse diventato per il tossicomane un bisogno irrinunciabile.

E anche come se il nostro giovane non avesse ancora deciso in merito alla sua vita, al destino da riservare in essa alle sostanze, ora che queste gli hanno mostrato il loro tragico inganno, ma continuano ad esercitare un potere enorme su di lui, un potere che – mi sembra – va al di là dell'effetto farmacologico in senso stretto.

A ben riflettere, non ci dovrebbe stupire che sia così difficile per il tossicomane strutturato, che pure lo voglia, separarsi dal meta-done o dalla buprenorfina.

Infatti, se è vero che il farmaco sostitutivo serve ormai solo per "non star male", tuttavia, ricominciare ad affrontare la vita senza neanche questo effetto "basale", sarebbe evidentemente per il nostro paziente molto peggio.

Non si tratta solo di voler rimandare il più a lungo possibile il doloroso passaggio attraverso la sindrome d'astinenza.

C'è anche, soprattutto direi, il "vuoto psichico siderale" che il paziente sa che seguirebbe alla separazione sia pur graduale dall'oppiaceo, e al conseguente dover affrontare la vita senza alcuna "copertura", che è per lui tanto farmacologica quanto psicologica.

Non dimentichiamoci infatti che il giovane, da quando ha conosciuto la "sostanza-madre" protettiva, che è diventata parte di sé, ha smesso di crescere, di imparare ad affrontare le difficoltà della vita con le proprie forze.

Abbandonare questa protezione (per quanto limitata ora possa essere) senza una valida alternativa, significherebbe per il

paziente esporsi al pieno riemergere di ansie che sono state intollerabili, al dover fare i conti fino in fondo con la propria paralizzante immaturità psichica.

Se potesse rinunciare facilmente al suo "storico" sostegno ("sostegno" che pure, ora viene mille volte maledetto) il nostro paziente non sarebbe un tossicomane, ovvero una persona molto "fragile" dal punto di vista dell'autonomia emotivo-relazionale.

Direi che, a partire da tali premesse, incombono sul Ser.T. una responsabilità e un impegno enormi, nel senso che si scarica sugli operatori Ser.T., attraverso la richiesta di cura della dipendenza dalle sostanze, tutta la fragilità personale e ambientale del giovane, che le sostanze non sono riuscite a risolvere, ma semmai ad aggravare.

Nella misura in cui la somministrazione del farmaco sostitutivo favorisce – in tutta evidenza – l'astensione dall'uso "obbligato" di eroina, dando con ciò al tossicomane la possibilità di stabilizzare in qualche misura la sua esistenza, in particolare di svolgere un lavoro, e nella misura in cui tale somministrazione prepara obiettivamente i passaggi terapeutici successivi, di tipo psico-sociale e rieducativo, i medici di Ser.T. sono ben contenti di effettuarla.

Anche la società civile non può che esser contenta dell'esistenza del farmaco sostitutivo erogato dai Ser.T., del suo potere di "attrazione" e di relativo "controllo sociale" dei tossicomani.

Tuttavia, mi chiedo: tutto risolto per la terapia della tossicomania, con la somministrazione cronica del metadone o della buprenorfina?

Alla luce di una visione puramente biologica della tossicomania, che la assimili al diabete, probabilmente sì.

Alla luce di quanto sono andato fin qui esponendo, sicuramente no!

Il farmaco sostitutivo infatti, proprio perché parla lo stesso linguaggio "somatico" delle sostanze, può attenuare le difficoltà sociali, ma non risolve le difficoltà psicologiche del tossicomane, legate alla sua fragilità di base, alla sua relativa incapacità di gestire autonomamente le emozioni, le ansie, e di costruire relazioni interpersonali profonde e durature (se non quelle di dipendenza).

La persistenza di tale fragilità strutturale non consente al paziente neanche una solida stabilità nell'astensione dall'uso di sostanze e da tutto ciò che ne consegue.

Le ricadute si verificano infatti – dal mio punto di vista – tanto in relazione all'attivarsi del "craving" per le sostanze, quanto in relazione all'attivarsi, di fronte alle ansie persistenti o sopraggiunte, dell'unica o principale modalità "difensiva" che il nostro soggetto oramai conosce e che le sostanze permettono: l'anestizzazione della mente.

E se la vecchia sostanza da cui si dipende è diventata ormai un'arma spuntata, a causa della "tolleranza", ci son sempre nuove sostanze da usare al suo posto (da cui l'inesorabile tendenza dei pazienti a sviluppare una politossicomania).

Ritengo che il compito primario del Ser.T. sia proprio quello di offrire al tossicomane la possibilità di recuperare, o fondare, le sue capacità psichiche e sociali, così che diventi capace di affrontare la vita in prima persona, senza più ricorrere alle sostanze e, possibilmente, senza restare impigliato in altre dipendenze farmacologiche o psicologiche (all'inizio necessarie).

Al Ser.T. sono giustamente richieste innanzitutto competenze mediche e psichiatriche, perché il tossicomane, regredito a un funzionamento "farmacologico", capisce e comunica, specie all'inizio del suo percorso al Ser.T., quasi solo attraverso questo linguaggio.

La competenza tecnica a livello farmacologico, sia per la tossicomania sia per le patologie psichiatriche eventualmente associate, è una risorsa terapeutica essenziale.

Ma al Ser.T. sono giustamente richieste anche competenze psicologiche e socio-educative, per cercare appunto di andare oltre il "contenimento" farmacologico della tossicomania (e degli eventuali disturbi psichiatrici), verso il rafforzamento della personalità dell'individuo e il recupero di un suo funzionamento emotivo-relazionale autonomo e adeguato.

Il recupero psico-sociale del tossicomane è decisamente il compito più arduo e impegnativo che si presenta agli operatori Ser.T., proprio perché il funzionamento mentale del tossicomane è difensivamente "antipsicologico", orientato sul concreto e l'immediato.

Occorrono in genere anni di accudimento fisico, farmacologico, e un'integrazione altamente specialistica fra le varie figure professionali in gioco, prima che il tossicomane possa prendere in seria considerazione le altre, più evolute modalità di funzionamento mentale che gli vengono contemporaneamente proposte. (Spesso, per poter svolgere un adeguato lavoro psicologico è necessario trasferire il paziente in un luogo protetto e controllato come la Comunità terapeutica).

Ed ecco dunque – in attesa che il lavoro di rafforzamento della personalità dia i suoi frutti – il persistere del paziente nell'uso di sostanze e/o nella terapia farmacologica sostitutiva, e il suo continuo oscillare tra progressi e fallimenti nell'adesione ai programmi di disintossicazione, ai programmi comunitari, alle psicoterapie e così via, con l'inevitabile esposizione degli operatori a quei prevalenti sentimenti di rabbia, sconforto, senso di inutilità, ecc., che fanno parte integrante della clinica delle tossicomanie, e di cui abbiamo già parlato.

Allo stato attuale dei fatti, non tutti i pazienti tossicomani possono essere pienamente "recuperati". Esiste in ogni Ser.T. un'ampia quota di pazienti, per i quali una grave fragilità o distorsione dell'io si è unita da troppi anni con la difesa tossicomane e, poi, con la terapia farmacologica sostitutiva, a formare una struttura difensiva "biopsichica" molto difficile da modificare, specie se coesistono nell'individuo problemi psichiatrici, internistici e sociali importanti. A questi pazienti mi pare clinicamente opportuno offrire un percorso di recupero psico-sociale "ridotto", incentrato sul mantenimento della terapia farmacologica sostitutiva, sui colloqui clinici periodici con gli operatori di riferimento e sulla cura delle patologie internistiche e/o psichiatriche associate.

Tale percorso (comunemente chiamato "a bassa soglia" o "di riduzione del danno") se costantemente aperto a ulteriori sviluppi terapeutici e riabilitativi, non va disprezzato, né fatto oggetto di pregiudizio morale.

Non abbiamo alcun diritto – credo – di distruggere un equilibrio psichico ed esistenziale consolidato, per quanto discutibile, imponendo al paziente una soluzione "migliore" in astratto, "migliore" solo dal punto di vista dell'operatore o di una società ideale.

Ma quanto detto sulla politica sanitaria di riduzione del danno non può mai diventare un alibi all'inerzia, alla rassegnazione, al disimpegno verso il recupero dei tossicomani, né di quelli più gravi, né tantomeno di quelli meno gravi.

Credo che la politica, la società e le ASL abbiano il dovere civico e morale di utilizzare tutte le risorse possibili per curare al meglio le persone affette da tossicomania.

Parlo di potenziamento dei Ser.T. (soprattutto negli aspetti psicoterapici e rieducativi) di maggiore integrazione fra i Ser.T. e le Comunità terapeutiche, di utilizzo massiccio di Cooperative

finalizzate al reinserimento lavorativo e sociale, del coinvolgimento dei medici di base, ecc.

Non è più accettabile che tanti giovani vengano ghettizzati e lasciati pian piano cronicizzare e morire nella loro fragilità e dipendenza, solo perché non si ritiene utile “sprecare” delle risorse materiali e umane per questi pazienti.

Risorse che vengono poi utilizzate in tanti altri modi inutili e per urgenze molto meno impellenti.

L'adeguatezza quantitativa delle risorse è assolutamente necessaria; tuttavia – e chiudo tornando all'inizio del mio discorso – nella cura della tossicomania non è solo questione di quantità di risorse.

Qualunque terapia venga adottata per il tossicomane, anche la più completa, credo che sia fondamentale per la sua riuscita il sentire autentico degli operatori nel portarla avanti.

Liberarsi veramente dal pregiudizio morale, riconoscendolo ed elaborandolo, cercare di incontrare il paziente nella sua irriducibile unicità personale, nelle sue più profonde esigenze e difficoltà (che sono state e sono in qualche misura anche le nostre) e costruire una relazione significativa con lui su queste basi, una relazione che sopravviva a tutta la distruttività e a tutte le paure di cambiamento che prima o poi il paziente metterà in campo, ecco, questo credo che sia clinicamente centrale per la cura.

Si tratta di un *modus operandi* di Ser.T. che può apparire irrilevante, rispetto alla “concretezza” della patologia da trattare, ma che invece a mio avviso fa una grande differenza. In primo luogo perché, in assenza di una buona relazione terapeutica, si finisce per fallire anche a livello di semplice stabilizzazione farmacologica della tossicomania. In secondo luogo, e soprattutto, perché una comprensione partecipe da parte nostra (comprensione che non esclude il dissenso e l'opposizione verso i comportamenti ritenuti sbagliati) può tendere a riempire quel vuoto interiore, quello scarso senso di identità che nei nostri pazienti è stato falsamente riempito dalle sostanze, ovvero può tendere ad offrire loro quella funzione genitoriale sufficientemente buona, che per qualche motivo essi non hanno potuto sperimentare e grazie alla quale potranno, se non guarire, riappacificarsi un pò col mondo, e vivere al meglio le soluzioni terapeutiche e riabilitative che di volta in volta risulteranno più adeguate alle loro risorse. (Devo soprattutto alla mia psicoterapeuta e alle lezioni del prof. A. Giannakoulas, docente della mia Scuola di formazione psicoterapica, la possibilità di comprendere e apprezzare questi aspetti).

Io credo, anche sulla base della mia personale esperienza clinica, che è soprattutto questa comprensione partecipe ciò che

cura e che motiva alla cura, e ciò che in fondo il tossicomane va cercando, anche quando fa di tutto per essere “respinto” e sembra che chieda soltanto il farmaco sostitutivo.

E per quanto mi riguarda, se non ci fosse la possibilità di questo incontro-confronto umano, al di là del trattamento specifico della tossicomania, il lavoro al Ser.T. non avrebbe molto senso e valore.

Vorrei ringraziare i miei attuali colleghi di Ser.T. e l'ex collega Responsabile dello stesso (attualmente in pensione) dott. Carletto Boi. Senza i loro pazienti commenti e suggerimenti alle mie innumerevoli riscritture del lavoro, non so se ce l'avrei fatta...

Bibliografia essenziale

- Bowlby J. (1974), *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*, Giunti-Barbera, Firenze.
- Cancrini L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*, NIS, Roma.
- Cancrini L. (2003), *Schiavo delle mie brame*, Frassinelli, Milano.
- Champagne D.L., Bagot R.C., van Hasselt F., Ramakers G., Meaney M.J., de Kloet E.R., Joels M., Krugers H. (2008), “Maternal care and hippocampal plasticity...”, in *The Journal of Neuroscience*, Jun 4; 28 (23): 6037-45.
- Costa A.M. (2009), *Relazione conclusiva* alla 5ª Conferenza nazionale sulle politiche antidroga, in qualità di Direttore dell'Ufficio Droga e Crimine dell'ONU, Trieste 12-13-14 marzo.
- Fleming A.S., O'Day D.H., Kraemer G.W., “Neurobiology of mother-infant interactions...”, in *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 23, n. 5, May 1999, pp. 673-685.
- Gessa G.L. (2008), *Cocaina*, Rubettino, Milano.
- Giannakoulas A. (2003), *Il counselling psicodinamico*, Borla, Roma.
- Hyman S.E. (2008), “Neurobiologia delle dipendenze: implicazioni per il controllo volontario del comportamento”, in *Medicina delle tossicodipendenze*, n. 60 anno XVI: 17-22.
- Khantzian E.J., “The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence”, *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142: 1259-1264.
- Olievenstein C. (1983), *Il destino del tossicomane*, Borla, Roma.
- Rosenfeld H.A. (1984), “Sulla tossicomania e Psicopatologia della tossicomania e dell'alcolismo”, in *Stati psicotici*, 126-140, 210-234, Armando, Roma.
- Spitz R.A. (1962), *Il primo anno di vita del bambino*, Editrice universitaria, Firenze.
- Winnicott D.W. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.
- Winnicott D.W. (1975), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.

NOTIZIE IN BREVE

Una buona notizia da Trieste

Si è inaugurata il 15 settembre la nuova sede del Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Trieste in uno storico ambiente in piazzale Canestrini. L'edificio è stato radicalmente ristrutturato per migliorare l'accoglienza ai cittadini.

Solo per gli utenti da sostanze illegali il Servizio Ser.T. segue 840 utenti.

Un Servizio veramente funzionale e ben strutturato in ambienti e dotazione di personale.

Complimenti per la lungimiranza alla ASL e rinnovati auguri a Roberta Balestra e a tutti i professionisti di Trieste.

pubblicità Comedical

Da DIRE - Notiziario Sanità del primo ottobre 2009 riportiamo due posizioni su questioni per noi fondamentali. Di questa situazione chi ne fa le spese sono i Servizi territoriali e i cittadini con problemi di dipendenza. FeDerSerD continua a tenere alta l'attenzione di chi lavora nella quotidianità sulla inconcludenza nel proseguire con queste divaricazioni.

Droga. Regioni: Fondo Nazionale, una promessa mancata

Marina di Pietra Santa (Lu), 1 ott. - "Per Carlo Giovanardi la lotta alla droga è soltanto uno spot". L'accusa è di Arcangelo Alfano, referente tecnico della Commissione Salute del gruppo interregionale droghe della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, intervenuto a margine del seminario 'Tra cura e normativa: la sicurezza nelle comunità terapeutiche', a Marina di Pietrasanta (Lucca). Alfano attacca duramente il sottosegretario alla presidenza del consiglio in materia di politiche di prevenzione e lotta alla droga, sostenendo che "gli impegni presi non sono stati rispettati". "Alla conferenza nazionale sulla droga tenutasi a Trieste lo scorso marzo - ha detto Alfano - Giovanardi si era impegnato ad istituire il Fondo nazionale per la lotta alla droga ma, ad oggi, ancora niente è stato fatto e nessun documento programmatico del governo parla esplicitamente di questo fondo". C'è anche un'altra promessa che, secondo Alfano, il sottosegretario non ha mantenuto. "Giovanardi aveva detto che avrebbe obbligato le regioni ad utilizzare l'1,5% del Fondo sanitario nazionale per la lotta alla droga. Nonostante gli sbandieramenti politici, niente di tutto questo è avvenuto". Una carenza importante visto che, spiega Alfano, circa il 25% dei nuovi ingressi nelle comunità terapeutiche ha meno di 20 anni. "Gran parte di loro, nonostante la giovane età, fa uso di eroina - conclude Alfano - altri sono politossici e utilizzano varie sostanze stupefacenti contemporaneamente". (Wel/ Dire)

Droga. Giovanardi: Fondo Nazionale? Se le Regioni...

Roma, 1 ott. - "Nessuna promessa mancata: sono ancora disponibile a proporre il ripristino del Fondo nazionale per la lotta alla droga e anche la destinazione di una quota del Fondo sanitario nazionale, che può essere tra l'1 e il 2%, per la cure delle tossicodipendenze. Il problema è che ciò può essere fatto solo con l'accordo delle Regioni. E negli ultimi tempi il confronto tra il governo e la conferenza Stato-Regioni è andato spesso deserto". Così il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega alle politiche antidroga, Carlo Giovanardi, risponde alle accuse di Arcangelo Alfano, referente tecnico della Commissione Salute del gruppo interregionale droghe della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. "Dopo la modifica del Titolo V della Costituzione - ha spiegato Giovanardi - sarebbe improponibile istituire un Fondo nazionale o un provvedimento sul Fondo sanitario senza che le regioni dichiarino preventivamente di non impugnarlo. Oggi infatti è tutta loro la competenza in materia. Per quanto mi riguarda confermo quanto detto a Trieste, ma tocca alle regioni manifestare disponibilità". Sembra però che, dopo Trieste, le regioni si stiano sempre più disimpegnando anche dal confronto tecnico con il Dipartimento antidroga: ad esempio, alle riunioni della Consulta degli esperti sulle tossicodipendenze si registra ultimamente una presenza dei loro rappresentanti molto scarsa e spesso nulla. "È vero - ha riconosciuto Giovanardi - ma non credo sia per colpa nostra. Noi abbiamo sempre dichiarato la massima apertura al dialogo, ma anche che vogliamo avere rapporti diretti con le singole regioni per entrare nei singoli problemi, che spesso sono radicalmente diversi da una all'altra. Ciò che viene chiesto è invece che dobbiamo avere un solo referente con cui parlare in rappresentanza di tutte le regioni. In questo modo non si possono risolvere davvero le varie questioni nel dettaglio". (Wel/ Dire)

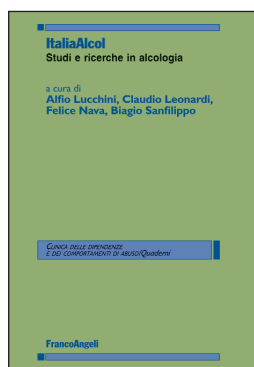
NOTIZIE IN BREVE

Addictions and culture

Si è tenuta a Cernobbio (CO) nei giorni 15-17 ottobre presso la sala conferenze dell'Hotel Regina Olga l'incontro italo - finlandese su Dipendenze da Sostanze e Cultura. Il seminario, organizzato dall'A-Clinic Foundation di Helsinki e dalla Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella scs Onlus di Como, con il patrocinio dell'Asl della Provincia di Como, del Comune e della Provincia di Como, di FeDerSerD, dell'Asl della Provincia Milano Due, è parte dei programmi di scambio internazionale di Euridice Network. Un network europeo che esplora l'impatto delle droghe legali ed illegali sul mondo del lavoro, gestito dalla Cooperativa Marcella. L'iniziativa alla quale hanno partecipato ricercatori, esperti, giornalisti ed operatori dei servizi per le dipendenze patologiche ha avuto come tema principale l'approfondimento delle relazioni culturali con alcol, droghe e gioco d'azzardo da differenti prospettive. Esse includono le diverse subculture di tossicodipendenza, arte e tossicodipendenza, le culture dell'alcol nei giovani e negli adulti,

diversi approcci culturali al trattamento, alcol-droghe e politici, ed infine mass-media e droghe. Gli argomenti sono stati esplorati sia dal punto di vista finlandese che da quello italiano. Tra gli intervenuti l'ambasciatore della Finlandia in Italia Pauli Makela, Pekka Sulkunen dell'Università di Helsinki, Claes Anderson, ex Ministro della Cultura. L'iniziativa è stata coordinata da Teuvo Peltoniemi, per la Finlandia, e da Giuseppe De Luca, per l'Italia. Da segnalare l'intervento di Maurizio Fea, responsabile nazionale formazione di FeDerSerD, sulla situazione italiana e sulle attività di FeDerSerD. Il seminario ha previsto anche un intenso programma di visite-studio ai servizi ed ai centri per il trattamento delle dipendenze ed alle imprese che hanno una policy in questo settore, attraverso le quali i partecipanti hanno potuto incontrare e discutere con operatori ed esperti italiani i differenti modelli di intervento.

RECENSIONE



Alfio Lucchini, Claudio Leonardi,
Felice Nava, Biagio Sanfilippo

ItaliaAlcol STUDI E RICERCHE IN ALCOLOGIA

pp. 144, € 18,50
Cod. 231.1.46 (V)

Collana: Clinica delle dipendenze e dei
comportamenti di abuso - Quaderni

Il volume, curato dal Centro Studi, Ricerche e Documentazione di ALT – Associazione Onlus attiva da venti anni con sede a Milano e partner di FeDerSerD – affronta il tema della ricerca e della valutazione degli interventi in alcologia.

Nei Dipartimenti delle Dipendenze, nei Ser.T., nei Servizi Alcologici, gli utenti che presentano problematiche correlate all'abuso e alla dipendenza da alcol sono sempre più numerosi e complessi.

Il volume presenta tre studi scientifici che si riferiscono ad ampie e rappresentative tipologie di consumatori problematici di alcol in trattamento nei Servizi Alcologici italiani.

Il primo è uno studio prospettico, della durata di 12 anni, che ha coinvolto 2500 alcolisti in trattamento. Il secondo è un protocollo di uno studio retrospettivo tutt'ora in corso coinvolgente circa 3000 utenti che ha lo scopo di valutare nella pratica clinica l'uso del GHB

– farmaco antiastinenziale e anticraving – in soggetti alcoldipendenti in trattamento. Il terzo è infine uno studio che ha coinvolto soggetti alcolisti con deficit d'attenzione ed iperattività (ADHD), che si avvale anche del contributo di Gilberto Gerra, dirigente dell'Union Nation Office Drug and Crime di Vienna.

Gli studi presentati, che includono anche gli strumenti operativi utilizzati, permettono di fare emergere la complessità della patologia da dipendenza alcolica, la capacità dei professionisti di coordinarsi in gruppi di lavoro, la necessità che le attività di ricerca clinica siano parte integrante ed istituzionale delle attività dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Alfio Lucchini, psichiatra e psicoterapeuta, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano Due. Presidente nazionale di FeDer-SerD, presidente di ALT Onlus, direttore scientifico di "Mission".

Claudio Leonardi, medico internista, direttore della UOC Prevenzione e Cura Tossicodipendenze e Alcolismo della ASL RMC - D/11 - Roma. Membro dell'esecutivo nazionale di FeDerSerD.

Felice Nava, neurofarmacologo, dirigente medico del Ser.T. di Castelfranco Veneto, Dipartimento delle Dipendenze della Azienda ULSS 7 di Asolo- Treviso. Direttore del Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD.

Biagio Sanfilippo, psicologo e psicoterapeuta, didatta SIPI, responsabile del Nucleo Operativo Alcologia di Sesto San Giovanni, Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Milano. Membro del direttivo di ALT Onlus.

RECENSIONE



Maurizio Fea

MANUALE CRITICO SULL'AFFIDO DEI FARMACI OPIACEI

pp. 192, € 20,00
Cod. 231.2.7 (V)

Collana: Clinica delle dipendenze e dei
comportamenti di abuso - Manuali

L'affido del farmaco è una modalità sempre più diffusa nella pratica dei Servizi delle dipendenze e in taluni casi rappresenta il 50% delle attività di prescrizione dei farmaci agonisti, anche se sono pochi gli studi e le ricerche che ne documentino in maniera rigorosa le forme di utilizzo.

Si tratta di un argomento controverso, poco discusso in maniera formale e tuttavia – o forse proprio per questa ragione – fonte di conflitti tra operatori all'interno dei Servizi e anche tra Servizi analoghi in territori diversi o addirittura negli stessi territori. Naturalmente ciò genera differenze ma soprattutto disuguaglianze nel trattamento dei pazienti, spesso senza chiare ragioni.

Il manuale – grazie ai contributi di più esperti – vuole sistematizzare le conoscenze e fare il punto sull'esistente, analizzando i diversi

aspetti che sono implicati: da quelli semantici (perché affido e non consegna) alle ragioni farmacologiche che giustificano le forme specifiche di utilizzo, agli aspetti normativi e giuridici che definiscono il campo e le modalità di applicazione, ai temi etici sottesi alle decisioni terapeutiche, agli effetti che queste pratiche di trattamento determinano sugli assetti organizzativi e viceversa, allo scopo di dare suggerimenti e indicazioni per migliorare le pratiche. La sezione dedicata a ciò che accade in Italia e in altre parti del mondo vuole mettere in evidenza ciò che si sa e si fa, sia attraverso il puntuale lavoro di ricognizione bibliografica e della letteratura disponibile per la parte internazionale, sia attraverso l'esperienza diretta e il resoconto ragionato di chi su questi temi ha riflettuto, sperimentato e provato a codificare.

Il volume esplora anche questioni più concettuali sulle ragioni dell'affido, provando a tradurre in una logica più soggettiva come alcune delle teorie sulla dipendenza prendano forma e consistenza nella pratica clinica. Si tratta quindi di un testo originale e utile per i professionisti del sistema di intervento, per gli attori istituzionali e per chi vuole comprendere come essere vicini alle persone con problemi di addiction.

Contributi di: Emanuele Bignamini, Felice Nava, Edoardo Cozzolino, Raffaele Lovaste, Alfio Lucchini, Claudio Tosetto, Pietro D'Egidio, Giovanni Strepparola, Sandra Basti, Michele Ferdico.

Maurizio Fea, psichiatra, già direttore del dipartimento delle dipendenze della ASL di Pavia, è responsabile dell'area formazione di FeDerSerD.

pubblicità essex

pubblicità essex

pubblicità essex

pubblicità essex

Giornata di studio a Trento

I disturbi borderline di personalità tra Ser.T. e psichiatria

Venerdì 25 settembre si è tenuta presso il Centro per i Servizi Sanitari dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento una giornata di studio e confronto su "I disturbi borderline di personalità tra Ser.T e psichiatria".

Il convegno, che ha visto la partecipazione di oltre 170 persone, è stato organizzato dalla FederSerD in collaborazione con il Ser.T. di Trento ed il Dipartimento di Psichiatria.

Il convegno parte da un dato emergente nella letteratura sulla tossicodipendenza, cioè che nella popolazione di dipendenti da sostanze i disturbi di personalità sono presenti in una proporzione molto ampia, soprattutto per quanto riguarda il cluster B caratterizzato da impulsività, instabilità affettiva, difficoltà nella modulazione delle emozioni ed identità fragile.

In particolare, tra di essi, i soggetti con disturbi borderline tendono ad instaurare precocemente relazioni, caratterizzate da mutevolezza e caoticità, a forte valenza affettiva con le figure terapeutiche di riferimento da cui ne consegue una difficoltà di compliance ai trattamenti, una loro frequente interruzione, un'alta incidenza di acting out e situazioni di urgenza.

Nel corso della mattinata di studio i professionisti del Ser.T. e del Dipartimento di Psichiatria hanno presentato due casi clinici mettendo in evidenza, dai rispettivi punti di vista, le criticità presenti sia nella gestione della relazione terapeutica con pazienti tossicodipendenti e borderline, sia nel dialogo tra i servizi della rete territoriale.

Aprono i lavori i colleghi Luca Re e Luana Di Gregorio, psichiatri del Dipartimento di Psichiatria, presentando il caso di Silvia, una paziente in cura al Servizio di salute mentale per disturbi borderline e concomitante consumo di oppiacei.

I relatori, descrivendo il caso dal punto di vista della psichiatria, mostrano come tali pazienti debbano essere sostenuti nei momenti di difficoltà al di fuori delle comuni logiche di funzionamento istituzionale; evidenziano la necessità di lavorare affinché

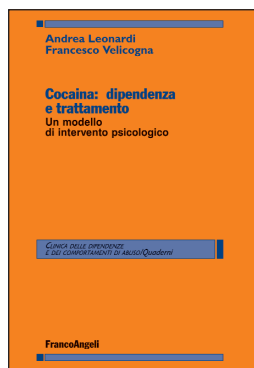
questi pazienti diventino consapevoli nella relazione terapeutica delle esigenze altrui, da cui possano finalmente sentirsi accolti o respinti in maniera più contestualizzata e costruttiva; mettono in luce la necessità della costruzione di una rete sociale di sostegno, con cui rafforzare il loro senso di identità e sperimentare un funzionamento emotivo, che li possa portare verso una realizzazione di tipo professionale; infine, esaltano la necessità di lavorare in modo integrato, con la possibilità di condividere scelte e responsabilità, al fine di ridurre lo stress emotivo e i vissuti di impotenza e frustrazione permettendo di migliorare la qualità degli interventi.

I colleghi del Ser.T. Roberta Ferrucci e Alberto Porta presentano il caso di Martino, riflettendo sui legami tra disturbi di sostanze e disturbo borderline di personalità e sulle opportunità / difficoltà di strutturare con alcuni pazienti un percorso di cura congiunto con il servizio di salute mentale.

I relatori pongono, dunque, la necessità di costruire un'equipe terapeutica allargata, che privilegi la via di accesso alla rete assistenziale scelta dal paziente e che venga coordinata dall'agenzia che, in un determinato momento del percorso assistenziale, è maggiormente coinvolta nella definizione o strutturazione del progetto terapeutico. Nel pomeriggio, il prof. Fabrizio Schifano ha proposto una lezione magistrale sulle relazioni tra uso di sostanze e rischio di sviluppo di patologie psichiatriche da un punto di vista neurobiologico.

Dopo aver passato in rassegna gli effetti delle principali sostanze di abuso (cocaina, oppiacei, cannabinoidi), il professore presenta i primi risultati di "Psychonaut Web Mapping", un progetto finanziato dall'Unione Europea con lo scopo di sviluppare sia un sistema di Web Scanning sia un database per catalogare nuove sostanze psicoattive per comprendere i nuovi andamenti nell'uso di droghe sulla base delle informazioni presenti su Internet.

a cura di *Raffaële Lovasté*

RECENSIONE

Andrea Leonardi, Francesco Velicogna

**COCAINA: DIPENDENZA
E TRATTAMENTO.
UN MODELLO DI INTERVENTO
PSICOLOGICO**

pp. 112, € 14,50
Cod. 231.1.45 (V)

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso - Quaderni

La dipendenza da sostanze, in particolare il suo trattamento, rappresenta sempre più un difficile banco di prova per tutti gli operatori nel campo della salute: in questi ultimi anni stiamo infatti assistendo ad un notevole incremento dell'abuso di cocaina a tutti i livelli e in tutti gli strati sociali e a tutt'oggi, per questo specifico problema, i protocolli d'intervento psicologico sono purtroppo sporadici e non ancora del tutto definiti.

Nel volume gli autori intendono presentare il frutto della loro ricerca e applicazione clinica per questo tipo di trattamento presso il Centro di Solidarietà di Firenze onlus. Il lavoro ha portato alla creazione di uno specifico modello di trattamento che ha condotto progressivamente il livello di risoluzione del problema a risultati di notevole rilievo. Particolare attenzione è stata data alle procedure d'intervento che traggono suggerimento dagli studi sulla comunicazione terapeutica in ambito psicologico/clinico.

Alla presentazione di dati a sostegno dell'efficacia ed efficienza del percorso terapeutico si affianca la descrizione di casi clinici e di specifiche tecniche d'intervento, da cui il lettore potrà trarre utili spunti per il suo operare.

Andrea Leonardi, psicologo esperto in processi di comunicazione persuasiva e in problemi di dipendenza da cocaina, svolge attività psicologico-clinica come libero professionista e come consulente per enti del privato sociale.

Francesco Velicogna, psicologo psicoterapeuta, Didatta della Scuola di Specializzazione Quadriennale in Psicoterapia dell'Institute of Constructivist Psychology di Padova, è socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva e della Società Italiana di Psico-Oncologia.



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Regione Lazio

IV CONGRESSO FEDERSERD REGIONE LAZIO

Giovedì 26 novembre

(ore 09.30 - 18.30)

9.30 I SESSIONE

Saluto Autorità

Processi Diagnostici e Certificazioni

La responsabilità clinica nel rispetto del segreto professionale

II SESSIONE

14.30 Tavola Rotonda:
Modelli Organizzativi per la Cura delle Patologie Correlate al Fumo ed all'Abuso Alcolico
Raccomandazioni e Linee Guida per la gestione di Centri Antifumo ed Unità Alcolologiche con l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità

Venerdì 27 novembre

(ore 09.30 - 18.30)

9.30 I SESSIONE

Clima e benessere organizzativo nei luoghi di lavoro

Il ruolo della Medicina del Lavoro nella prevenzione dell'uso di sostanze nei luoghi di lavoro

Il ruolo del SerT nell'accertamento assenza TD

Accertamento assenza TD: aspetti di tossicologia forense

15.00 II SESSIONE

Valenze dei profili diagnostici e degli inquadramenti nosografici

Il medico nel SerT

Strumenti di valutazione dell'Assistente Sociale

La valutazione ed il monitoraggio infermieristici

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EXPO POINT
Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti, 3
22066 Mariano Comense - Co
Telefono 031 748814 - Fax 031 751525
e-mail federserd@expopoint.it
www.federserd.it

**NUOVI IMPEGNI
E RINNOVAMENTO
DEI PROCESSI NEI SER.T**

primo annuncio

**ROMA
26 e 27 novembre 2009
Centro Congressi Hotel Palatino**

INFO

DATA CONGRESSO

Giovedì 26 - Venerdì 27 novembre 2009

SEDE DEL CONGRESSO

Centro Congressi Hotel Palatino - Corso Cavour, 213 - Roma

TARGET

150 professionisti dei servizi pubblici e del privato accreditato dei servizi delle dipendenze

CREDITI ECM

Il Congresso è stato accreditato per tutte le figure professionali operanti nei Ser.T e nel privato accreditato: *medico, psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sanitario*

QUOTE DI ISCRIZIONE

- socio FeDerSerD Non Laureato	partecipazione gratuita
- socio FeDerSerD Laureato	partecipazione gratuita
- Non laureato non socio FeDerSerD	euro 60,00 + iva
- Laureato non socio FeDerSerD	euro 90,00 + iva

Iscrivendosi a FeDerSerD in occasione del Congresso, la partecipazione alle due giornate formative è gratuita e la quota vale per l'anno 2010.

L'iscrizione al Congresso comprende:

Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - coffee break e lunch nelle giornate di congresso

Misure ed Azioni Concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'Uso di Sostanze stupefacenti

FeDerSerD ha partecipato a tutte le fasi che hanno portato alla definizione del documento "Misure ed Azioni Concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'Uso di Sostanze stupefacenti" licenziato recentemente dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA).

Lo scopo del documento è quello di proporre delle linee di indirizzo per la determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in tema di riduzione del danno.

L'impegno di FeDerSerD nel gruppo di lavoro nazionale costituito a livello del DPA è stato prettamente tecnico.

In particolare, il lavoro di FeDerSerD ha permesso di proporre una serie di misure/azioni basate sulle evidenze scientifiche e le buone prassi che fossero concrete, integrate, appropriate e rispettose delle competenze, del valore e delle potenzialità che sono possedute sia dai Ser.T. che dal privato sociale.

Sono molti i principi presenti all'interno del documento che FeDerSerD ha voluto sancire.

Alcuni di questi sono che:

- il tossicodipendente è un malato e come tale non deve essere stigmatizzato;
- il tossicodipendente in ogni fase dell'evoluzione della sua malattia (anche in assenza di motivazione al cambiamento) mantiene forte il diritto di cura ed assistenza;
- le misure/azioni di riduzione del danno devono essere considerate come uno strumento prezioso ed insostituibile

di un più complesso ed articolato programma d'intervento;

- il concetto di cronicità, proprio della malattia tossicodipendenza, deve essere disgiunto dalla condizione di cosiddetta "cronicizzazione";
- la condizione di "cronicizzazione" non è conseguenza dell'uso delle terapie agoniste, bensì di un complesso di fattori che possono essere ricondotti all'inappropriatezza degli interventi (compresi quelli di tipo educativo, comportamentale e/o residenziale);
- le terapie sostitutive sono uno strumento indispensabile ed efficace di riduzione del danno;
- il medico in scienza e coscienza è il solo responsabile del programma farmacologico prescritto;
- la terapia farmacologica deve solo obbedire alle leggi delle buone prassi cliniche;
- l'affido farmacologico deve essere considerato, se strutturato all'interno di un programma finalizzato, come un vero e proprio strumento terapeutico;
- il potenziamento delle risorse ed il riconoscimento delle competenze e della professionalità degli operatori sono gli unici presupposti in grado di favorire all'interno dei Ser.T. e dell'intera rete d'intervento lo sviluppo delle buone prassi cliniche.

Felice Nava

Direttore comitato scientifico nazionale di FeDerSerD,
delegato nel gruppo di lavoro PPC del DPA

FeDerSerD/DALLE REGIONI

Comunicato esito elezioni per rinnovo Consiglio Direttivo FeDerSerD - Puglia

La Commissione elettorale, costituita in seno all'Assemblea elettiva degli iscritti riunitasi in Fasano nei giorni 24 e 25 settembre 2009, per lo svolgimento delle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo di FeDerSerD - Puglia, al termine dello spoglio delle schede ha preso atto e comunicato alla medesima Assemblea che, dei n. 63 soci aventi diritti al voto, hanno votato n. 54 soci.

Di questi n. 49 hanno dato la propria fiducia alla lista unitaria "Impegno e rinnovamento", mentre n. 5 non hanno espresso alcuna preferenza.

A seguito di ciò sono risultati eletti:

1. Giovanni Villani, medico;
2. Del Giudice Tommaso, medico
3. Dionisio Maria, educatore prof.;
4. Rutigliano Leonardo, medico;

5. Mariniello Francesca, infermiere;
6. Varvara Maria Annunziata, medico;
7. Conte Ottaviano, medico
8. Buttazzo Roberto, medico
9. Tarantino Francesco, psicologo,
10. Fiorino Angela, ass. sociale,
11. Barbieri Pasquale, medico.

Di seguito alla proclamazione degli eletti si è riunito il nuovo Consiglio direttivo per le elezioni degli organi interni.

In seno a questo, presenti G. Villani, T. Del Giudice, M. Dionisio, L. Rutigliano, A. Fiorino e F. Tarantino, con votazione palese, all'unanimità sono stati eletti:

1. **Presidente:** Giovanni Villani
2. **Segretario:** Tommaso Del Giudice

3. **Coord. Comitato Tecnico-scient.:** Francesco Tarantino
4. **Componenti Com. Tecn.-scient.**
- a) rappresentanti Ser.T.: Ariano Vincenza, medico; Taddeo Margherita, psicologo; D'Adduzio Antonio, medico; De Giorgi Angelo, medico;
- b) rappresentanti Comunità: Leone Vincenzo, Comunità residenziale Emmanuel; Vannella Antonio, Comunità semiresidenziale SCS;
- c) le figure professionali non rappresentate, lo saranno in veste di consulenti esterni al Comitato previo espressione di interesse di soci.
5. **Vice-Presidente:** Maria Dionisio.

Inoltre, in ragione delle dimissioni dal Direttivo nazionale del dr. Roberto Cataldini, presente in rappresentanza della Federazione di Puglia, lo stesso Consiglio direttivo regionale si è determinato di proporre agli organi nazionale quale rappresentante il dr. Vincenzo Simeone, medico, direttore dipartimento dipendenze ASL Taranto.

A questi organi, per dar seguito alle scelte di politica associativa locale di maggiore presenza, territorializzazione e coinvolgimento nelle attività della Federazione dei soci disponibili, si è ritenuto e determinato di aggiungere ed individuare i referenti

rispetto a ciascuna ASL/DDP e per il coordinamento e raccordo delle attività progettuali, come di seguito:

1. Referenti di ASL/DDP:

- ASL-FG: T. Del Giudice Tommaso
- ASL-BAT Rutigliano Leonardo
- ASL-BA Varvara Maria Annunz.
- ASL-BR Conte Ottaviano
- ASL-LE Buttazzo Roberto
- ASL-TA Di Fonso Silvio

2. Referente per raccordo con livello nazionale e coordinamento a livello locale della progettualità:

- Taddeo Margherita

A conclusione il prossimo Consiglio Direttivo si determinerà rispetto alla individuazione dei Referenti delle diverse figure professionali per lo studio e la proposizione di iniziative formative riferite a ciascuna figura.

Giovanni Villani
Presidente FeDerSerD - Puglia



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale (membri eletti)

Alfio Lucchini (presidente nazionale),
Guido Faillace (vicepresidente nazionale),
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo nazionale),
Roberta Balestra (ufficio di presidenza),
Emanuele Bignamini (ufficio di presidenza),
Raffaele Lovaste (ufficio di presidenza),
Claudio Leonardi (ufficio di presidenza),
Paola Aiello, Giancarlo Ardisson, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Claudia Carnino, Antonio d'Amore,
Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Michele Ferdico,
Bernardo Grande, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato,
Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava,
Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,
Franco Zuin

Direttivo Nazionale (membri di diritto)

Alessandro Coacci (past-president)
Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Mimmo Cortese,
Maria Grazia Pieri, Giovanni Cordova

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2010 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2010
- Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2010 a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____