

**FeDerSerD**

# informa

n 21

giugno 2013

CONVEGNO TEMATICO NAZIONALE

## **COSTRUIRE SULLE POLITICHE DIPENDENZE**

CONFERENZA  
DEI SERVIZI  
ITALIANI

- realtà
- pratiche
- evoluzione dei Servizi delle Dipendenze

**MILANO**  
**Venerdì 7 Giugno 2013**  
Centro Congressi  
Hotel MICHELANGELO

**PRESENTAZIONE LAVORI PERVENUTI**

## indice

### Poster e comunicazioni brevi

- 1 CASA MIRIAM, EVOLUZIONE DI UN SERVIZIO PER MAMME TOSSICODIPENDENTI E BAMBINI:  
dalla sperimentazione alla strutturazione dell'accoglienza
- 2 TAGLI LINEARI? NO, OTTIMIZZAZIONE  
L'attuazione di una rete aziendale per la continuità della cure Ospedale - Territorio
- 3 PERCORSI INNOVATIVI AL SER.T: "I GRUPPI BENESSERE"
- 4 TECHNO RAVE, HOUSE MUSIC, NEOTRANCE MUSIC & STATI ALTERATI  
Interventi integrati per la riduzione del rischio nei grandi eventi musicali
- 5 COMPLUSIÒN: UNA SPERIMENTAZIONE NELL'AMBITO DEI SERVIZI PER LE NUOVE DIPENDENZE
- 6 AGOPUNTURA SECONDO LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE:  
STRUMENTO DI CURA NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE  
Descrizione di due casi clinici
- 7 COSTRUZIONE, MANUTENZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UNA EFFICACE RETE TERRITORIALE:  
L'ESPERIENZA DI O.N.D.A.1
- 8 IL SETTING DI GRUPPO COME RISORSA TERAPEUTICA PER GLI ADOLESCENTI ABUSATORI DI SOSTANZE  
L'esperienza clinica della s.s. Penale Minorile del Ser.T 3 della ASL di Milano
- 9 DOLORE CRONICO BENIGNO E DIPENDENZA DA ANALGESICI OPIOIDI. Descrizione di un caso clinico
- 10 LA GOVERNANCE DEL SISTEMA TERRITORIALE  
Una sperimentazione in una ASL lombarda in tema di "Cronicità" nel settore delle Dipendenze Patologiche
- 11 DALL'ACCUDIMENTO AL PROTAGONISMO:  
VERSO UN NUOVO MODELLO DI COMUNITÀ IN GRADO DI CONIUGARE COSTI E QUALITÀ
- 12 LA "PESATURA" DEI PAZIENTI IN CARICO: UNO STRUMENTO PER LA GOVERNANCE DEL SISTEMA
- 13 TAVOLO TERRITORIALE PER LA GOVERNANCE DEGLI STATI DI ADDICTIONS NELL'AREA DISTRETTUALE  
DI SARONNO
- 14 RETE TERRITORIALE E DOPPIA DIAGNOSI: UNA COSTRUZIONE CONDIVISA DDD-DSM
- 15 PROGETTO "LIBERO DI CREARTI"  
Costruzione di una rete territoriale per l'aggancio precoce e la presa in carico dell'adolescente a partire da un protocollo d'intesa tra Prefettura-ufficio territoriale del governo di Pavia e l'Azienda Sanitaria Locale di Pavia
- 16 "FREE POINT", "CORPO E PERCEZIONE", "PER SENTIERI": AZIONI DI UN SER.D IN MOVIMENTO
- 17 LA GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO DELL'ADOLESCENTE CON ABUSO DI SOSTANZE  
Analisi del fenomeno presso l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano

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

Supplemento  
al N. 37 - maggio 2013  
anno XI  
Proprietà: FeDerSerD  
Sede legale  
Via Giotto 3,  
20144 Milano

Comitato di Direzione  
Direttivo nazionale  
FeDerSerD

Direttore scientifico  
Alfio Lucchini

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

Sede operativa e  
Redazione Mission  
Via G. Mazzini, 54  
20060 Gessate (Mi)  
tel. 335.6612717  
missiondirezione@  
tiscali.it

Direttore responsabile:  
Stefano Angeli

Copyright by  
FrancoAngeli s.r.l.  
Milano

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

Edizione fuori commercio

1

## CASA MIRIAM, EVOLUZIONE DI UN SERVIZIO PER MAMME TOSSICODIPENDENTI E BAMBINI: dalla sperimentazione alla strutturazione dell'accoglienza

**Marta Cupellini** - Psicologa

**Germana Baldin** - Coordinatrice

*Servizio specialistico residenziale per coppie, soggetti con figli e nuclei familiari con problemi di tossicodipendenza, Vigevano (PV) - [www.coopbetania.it](http://www.coopbetania.it)*

### Premessa

Circa uno su 10 di tutti i tossicodipendenti che entrano in terapia per il loro uso di sostanze vive con almeno un figlio. E negli ultimi cinque anni, il numero di coloro che entrano in terapia che riferiscono di vivere con bambini è in crescita (dati OEDT). Il problema della genitorialità e della tossicodipendenza è quindi tutt'altro che marginale.

I Servizi di accoglienza sembrano essere -per il momento- uno degli interventi più efficaci per questa categoria particolare di utenza. Le comunità residenziali, rivolte specificatamente alle mamme tossicodipendenti raccolgono in sé tre aspetti fondamentali della cura e delle riabilitazione: il trattamento specifico delle dipendenze, il supporto psico-sociale e il sostegno alle competenze genitoriali, fermo restando che l'essere madre di per sé implica una differenziazione nella cura e nella riabilitazione.

### Scopo

Vogliamo qui descrivere il nostro servizio, il percorso da noi compiuto, quali le sue specificità e presentare brevemente il nostro modello organizzativo e la metodologia di Casa Miriam insieme a qualche dato relativo alle accoglienze e agli esiti del trattamento.

### Storia del servizio

Casa Miriam è nata nel 2003; la decisione di realizzare una comunità per mamme con bambini ha origine dall'analisi dei bisogni effettuata attraverso l'implementazione di un progetto, ex lege 45/99, nato nel 2000 e rinnovato nel corso degli anni come Centro di Ascolto presso il Ser.D di Vigevano; ciò ha permesso di monitorare le richieste di accoglienze degli utenti in carico al Servizio per le Dipendenze. Alle attività di ascolto e orientamento presso il Ser.D di Vigevano il Progetto ha unito interventi di accoglienza e di re-inserimento, mediante l'organizzazione/implementazione di un polo territoriale di accoglienza per genitori tossicodipendenti di sesso femminile e minori (Casa Miriam), e per soggetti segnati dalle diverse forme di dipendenza in grave stato di emarginazione e con espulsioni e/o autoespulsioni dall'ambiente familiare.

La fase di sperimentazione ha permesso di raccogliere esperienze e di strutturarle in una logica progettuale. Al termine di tale nel 2007, Casa Miriam è stata accreditata ed è tutt'oggi a contratto con l'Asl di Pavia.

Attualmente la struttura può accogliere 8 adulti con 8 minori per un periodo di 18 mesi modulabili e/o rinnovabili. Si trova a Vigevano, in provincia di Pavia, ed è compresa all'interno di una più ampia struttura denominata Casa della Diakonia; la struttura si trova al secondo piano dell'edificio; è inserita nel contesto urbano della cittadina.

### Metodologia

Casa Miriam consiste in una comunità relativamente piccola nata con un forte carattere di sperimentazione che caratterizza anche l'attuale operatività.

Ciò che garantisce tale plasticità (oltre alla storia della fase progettuale della struttura) ha strettamente a che fare con le dimensioni del servizio (che ricordiamo sono dell'ordine di 8 adulti).

In virtù della possibilità di lavorare con un piccolo gruppo di mamme è attuabile una raccolta precisa dei bisogni - gli interventi sono modulabili, il percorso a Casa Miriam non è una sequenza rigida di tappe ma può essere modulato con la collaborazione dei servizi (la struttura ha accolto donne che necessitavano di un sostegno durante la fase di reinserimento sociale e lavorativo e ne ha accompagnato oltre al ricongiungimento di coppia).

Casa Miriam offre alle ospiti attività generali, di gruppo e individuali per sostenere e condurre l'ospite lungo il suo percorso riabilitativo: colloqui settimanali individuali con l'Educatrice e con la Psicologa-Psicoterapeuta, colloqui quindicinali con l'Educatrice alla genitorialità, Gruppo sugli aspetti comunicativi e affettivi e gruppo sugli aspetti genitoriali.

Oltre alle attività 'standard' di un percorso di recupero vengono pensati, strutturati e offerti servizi ed attività legate ai bisogni (precedentemente raccolti ed analizzati):

- delle singole mamme (sostegno individuale psicoeducativo con un team di esperti, per un paio di casi di è strutturata la collaborazione tra Dietista-Psicologo),
- della coppia mamma-bimbo (accompagnamento e partecipazione della coppia ad eventi ludico-ricreativi del territorio, eventi in biblioteca, laboratori di lettura ad alta voce, corso di massaggio infantile, laboratori mamme-bimbi all'interno della comunità),
- dell'intero gruppo di ospiti (incontri di gruppo con la Dietista, gruppo di confronto sulla genitorialità, uscite ricreative).

La modulazione di tale offerta trattamentale segue un iter di raccolta ed analisi dei bisogni, di analisi e discussione in equipe, di predisposizione del materiale e organizzazione delle attività e, infine, di valutazione del percorso.

La collocazione della struttura nell'ambito cittadino permette di vivere la comunità in modo 'permeabile', in un'ottica di apertura nei confronti del territorio; si è sperimentato come questo aspetto in fase di autonomia possa favorire il buon andamento del percorso piuttosto che ostacolarlo: le ospiti sentono meno la 'reclu-

sione' e l'allontanamento dalla società e, allo stesso tempo, hanno la possibilità di mettersi alla prova e sperimentarsi.

I bambini vivono il territorio al fianco delle madri: oltre alla socializzazione in comunità, accedono alle possibilità di socializzazione della maggior parte dei loro coetanei -parchetti, spazi gioco, biblioteche.

Casa Miriam prevede che siano direttamente le mamme, affiancate da personale specialistico a occuparsi dei loro bambini ed a strutturare le loro giornate mediando tra i loro impegni comunitari e le necessità dei piccoli; in questo però non vengono lasciate sole ma vengono sollecitate e sostenute dall'equipe il cui lavoro punta a fare esperire alla madre una realtà quanto più simile alla vita quotidiana di una madre.

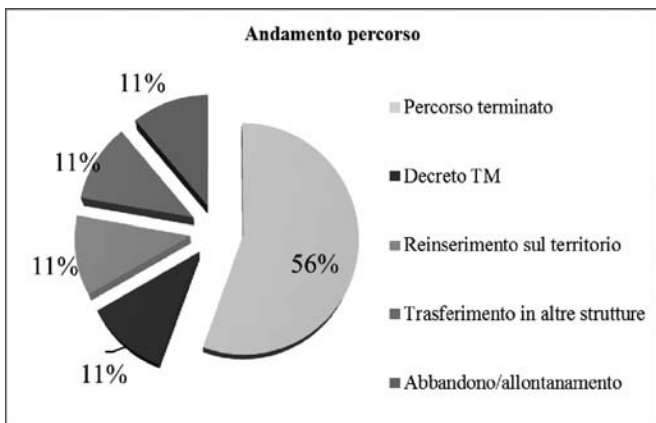
Le mamme vengono condotte e accompagnate nella riflessione rispetto ai bisogni irrinunciabili dei loro bambini, oltre a essere coinvolte in un'organizzazione quotidiana e straordinaria di momenti, tempi e spazi necessari allo sviluppo armonico dei loro bambini.

All'interno dell'equipe operativa di Casa Miriam, la figura preposta a facilitare la relazione mamma-bimbo è l'Educatrice alla Genitorialità che sostiene, monitora ed affianca le mamme nella relazione e nella cura dei minori.

**Risultati**

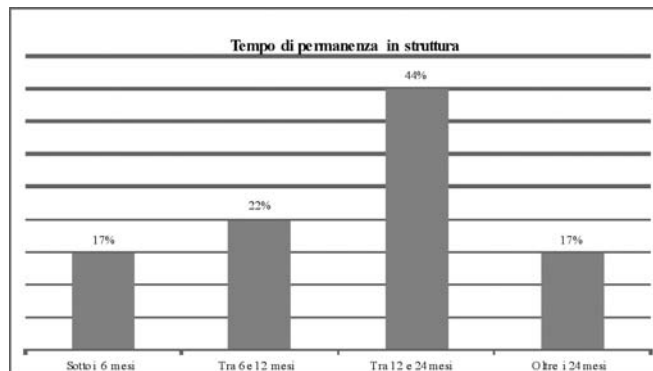
I dati relativi alla ritenzione in trattamento sono incoraggianti rispetto all'efficacia della metodologia di lavoro: solo il 2% dei casi accolti dal 2007 ad oggi è stato un allontanamento (a causa dell'infrazione delle regole e della mancata astensione dall'uso) o un abbandono del percorso. Più della metà dei percorsi si è conclusa positivamente con le dimissioni a termine percorso; in alcuni casi e in accordo coi servizi inviati si è ritenuto opportuno prolungare l'accoglienza oltre i 18 mesi per raggiungere gli obiettivi prefissati.

In altre situazioni l'accoglienza è stata inferiore ai 18 mesi standard per precisi accordi con i servizi inviati: è il caso degli ingressi il cui obiettivo è quello di accompagnare la donna ad un graduale reinserimento sul territorio.



Altre situazioni specifiche relative ad un percorso abbreviato riguardano l'emissione di un decreto che non prevede più la permanenza in una struttura come Casa Miriam e sancisce il trasferimento in altre realtà ritenute più idonee alla situazione dell'ospite.

In due situazioni, dovute a uno spontaneo abbandono del percorso, l'altra ad allontanamento a causa di infrazione delle regole comunitarie), il percorso a Casa Miriam non può essere considerato di effettiva conclusione.



I dati relativi al tempo di permanenza in struttura (associati alla ritenzione e all'adesione al percorso) indicano che sono nel 17% dei casi la permanenza è stata inferiore ai 6 mesi, indice di difficoltà nell'aderenza al trattamento proposto od una non adatta al caso proposta riabilitativa.

**Conclusioni**

I risultati sembrano essere incoraggianti ma resta ancora parecchio lavoro da fare e la maggior parte di questo riguarda la valutazione, il monitoraggio, la messa in rete dei Servizi, oltre alla grossa riflessione -che anima il dibattito europeo- sulle evidenze di efficacia.

## 2

## TAGLI LINEARI? NO, OTTIMIZZAZIONE L'attuazione di una rete aziendale per la continuità della cure Ospedale - Territorio

**Fabio Curcio\***, **Anna Maria Agliata\*\***,  
**Clara Baldassarre\*\*\***, **Matteo Laringe\*\*\*\***,  
**Francesco Auriemma\***

\*Fabio Curcio - U.O.Ser.T 25 ASL Napoli 1 Centro

\*\*Direttore Sanitario D.S.B. 25 ASL Napoli 1 Centro

\*\*\*Direttore Centro Clinico Dipendenze Patologiche ASL Napoli 1 Centro

\*\*\*\* Medico di Medicina Generale ASL Napoli 1 Centro

Il ricovero ospedaliero rappresenta generalmente un evento traumatico nella vita; inoltre è spesso seguito da periodi di convalescenza, durante i quali l'assistito continua a necessitare di assistenza, seppure presso il proprio domicilio. Tale periodo è molto delicato dal punto di vista sanitario, tanto che un'elevata percentuale di assistiti ricorre nuovamente al ricovero ospedaliero nei mesi immediatamente successivi alla prima dimissione, o presenta problemi di salute imponenti, tali da perdere la vita, in casi estremi.

Negli anni scorsi gli assistiti che potevano godere di una rete di supporto familiare potevano giovare di cure givere per espletare le proprie funzioni in convalescenza; con l'evoluzione del concetto di famiglia, sempre più elevata sarà la richiesta di supporto al Sistema Sanitario da parte degli assistiti con maggiori difficoltà funzionali con mezzi e operatori, pure con i limiti imposti dai tagli ai bilanci. Pertanto nell'ottica della programmazione sanitaria e di ottimizzazione della spesa, occorre procedere ad una valutazione puntuale dello stato di funzionalità del soggetto in dimissione, al fine di pianificarne la convalescenza. Sul piano manageriale occorre programmare la spesa valutando il fabbisogno complessivo successivo al ricovero della popolazione ospedalizzata.

Ciò riveste una particolare importanza per gli assistiti appartenenti alle fasce deboli di popolazione, tra cui gli anziani e i tossicodipendenti, i quali peraltro presentano un elevato tasso di ospedalizzazione.

In Italia non sono molto diffusi strumenti di screening validati per identificare i bisogni dei degenti alla dimissione, nei paesi anglosassoni viene utilizzata in particolare per gli anziani, la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS), una scala di screening del rischio che può essere usata fin dall'inizio del ricovero, per identificare i pazienti che necessitano di un piano di dimissione protetta. Per i tossicodipendenti ai problemi funzionali del soggetto si aggiungo spesso problemi sociali di rilievo. Inoltre, si ritiene che il progetto possa fornire importanti dati epidemiologici relativi

all'uso di cocaina nei pazienti ricoverati in emergenza. I punti critici rilevati in altre esperienze possono essere legati agli Operatori Sanitari:

- mancanza di motivazione per il personale ospedaliero nel rilevare i dati (i test di funzionalità non vengono somministrati a tutti),
  - mancanza di motivazione per il personale ospedaliero nell'indicare le persone preposte alla gestione della continuità assistenziale, laddove le procedure siano state attivate,
  - scarsa stima del personale ospedaliero nei confronti del personale sanitario operante sul territorio;
- e punti critici nella gestione complessiva della salute dell'assistito:
- mancanza del concetto di rete (i medici di base a volte ignorano l'ospedalizzazione di un proprio assistito),
  - sporadicità del dialogo volto al coinvolgimento del Distretto, del MMG/PLS, del PO, del Ser.T e della Salute Mentale (il flusso informativo, pure disponibile in formato digitale presso le strutture non viene scambiato, con dispendio economico a volte inutile e un livello assistenziale meno efficiente),
  - mancanza/scarsità di mezzi.

### Obiettivi

*Istituire una rete assistenziale per la continuità delle cure ospedale - territorio*

- Migliorare e/o supportare la motivazione degli operatori ospedalieri nel fornire indicazioni agli assistiti, implementando l'uso della rete per la continuità assistenziale,
- migliorare la stima nei confronti degli operatori territoriali,
- enfatizzare il concetto di rete,
- migliorare lo scambio di informazioni tra i soggetti coinvolti,
- migliorare la conoscenza del fabbisogno di cure della popolazione,
- migliorare la conoscenza della prevalenza d'uso della cocaina in pazienti ospedalizzati d'urgenza.

### Metodo

Tempi di realizzazione: giugno 2013 - dicembre 2014. Il progetto prevede la formazione del personale ospedaliero e territoriale (inclusi i MMG/PLS) in relazione alle opportunità di salute e di risparmio della spesa offerte da una rete telematica funzionante:

- Creazione di una rete informatica in grado di assicurare lo scambio di informazioni, opportunamente protette da password e da sistemi per la protezione dei dati "viaggianti"
- Creazione di una postazione informatica dotata di telecamera in ciascuna divisione ospedaliera coinvolta, negli studi dei MMG/PLS, nel Distretto, nel Consultorio e nel Ser.T
- Attribuzione di due unità di personale opportunamente formate alla fornitura di informazioni online, raggiungibili dalle postazioni informatiche
- Installazione di pc fissi, o anche mobili, dotati di telecamera e software di gestione
- Riunioni di monitoraggio almeno trimestrali per le necessarie modifiche all'operatività prevista

- Presso il punto di informazioni gli assistiti potranno ottenere risposte competenti interagendo attraverso lo schermo, oltre a inserire le risposte per la compilazione del questionario di funzionalità
- Somministrazione di test per la valutazione indice di BRASS preliminare e necessario alla dimissione ospedaliera (la dimissione non può essere effettuata senza la copia del test)
- Raccolta anonima (o, nel caso di espresso consenso firmato, individualizzata) dell'urina dai reparti di Medicina d'urgenza al fine di effettuare le ricerche dei cataboliti delle principali sostanze d'abuso, in particolare di cocaina.

### Materiale

Materiale per la formazione degli operatori.

Personal computer (e/o tablet) fissi da collocare nei punti di passaggio.

Coinvolgimento degli assistenti sociali e di eventuali volontari per l'orientamento nella somministrazione del test per la valutazione indice BRASS.

Reattivi per l'esecuzione dei test tossicologici urinari.

### Risultati attesi

- 1) La conoscenza epidemiologica (e fabbisogno economico) delle caratteristiche della domanda della popolazione. Grazie alla somministrazione e all'invio del test BRASS si potrà monitorizzare il reale fabbisogno di salute della popolazione ospedalizzata in senso più ampio
- 2) migliore operatività per il supporto psicofisico del soggetto
- 3) time e cost saving nel trasferire le informazioni dal MMG all'Ospedale e viceversa, preparando anche l'operatore ospedaliero in relazione allo stato di salute complessivo del soggetto ospedalizzato
- 4) viceversa, migliore efficienza del MMG nel trattamento necessario dei soggetti appena dimessi dall'Ospedale. (i dati riportano l'enorme importanza in termini di salute e economici nell'attivare la continuità assistenziale)
- 5) risparmio della spesa (a partire dai marcatori di infezione epatica, pregresse patologie croniche,...).

### Conclusioni

Il progetto si propone di migliorare complessivamente la rete assistenziale che coinvolge gli operatori dipendenti territoriali, esponenti della Medicina ospedaliera e Medici di Medicina Generale. Relativamente agli assistiti il database disponibile presso i Medici di Medicina generale, o presso i Ser.T è in grado di orientare in tempo reale la decisione del Medico Ospedaliero verso selezionati esami diagnostici anche in caso di emergenza, eliminando le ricerche di screening inutili, di cui è già noto lo stato di salute; il risparmio della spesa è evidente, evitando il raddoppio degli esami diagnostici. Per il Sistema Sanitario è evidente che è necessario stabilire il fabbisogno di cure successive al ricovero, in termini di previsioni di spesa per le cure da offrire nelle fasi post acute.

I Medici di Medicina Generale si gioveranno della conoscenza nella gestione della cronicità dell'assistito. I medici dei Ser.T saranno in grado di supportare le deci-

sioni diagnostiche e terapeutiche relative ai farmaci agonisti degli oppiacei e/o cocaina. Il monitoraggio della presenza di cocaina in soggetti ospedalizzati fornirà interessanti dati epidemiologici in grado di migliorare la conoscenza della realtà del consumo della sostanza.

### Bibliografia

1. Blaylock A, Cason CL. "Discharge planning predicting patients' needs." *J Gerontol Nurs.* 1992 Jul;18(7):5-10
2. Saiani L., Zanolin ME., Dalponte A., Palese A., Viviani D. (2008) "Valutazione della sensibilità e della specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile." *Assistenza Infermieristica e Ricerca*
3. Palestini L. (2010) "Manuale di istruzioni per il set minimo di scale" Progetto di modernizzazione "Gestione delle malattie croniche ad alto impatto assistenziale sul territorio secondo il chronic care model al fine di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita del paziente e del caregiver"

## 3

## PERCORSI INNOVATIVI AL SER.T: "I GRUPPI BENESSERE"

Guido Faillace\*, Caterina Di Giovanni\*\*,  
Eliana Mirrione\*\*\*

\*Responsabile Ser.T. Alcamo A.S.P. 9 Trapani

\*\*Dirigente Pedagogista Ser.T. Alcamo A.S.P. 9 Trapani

\*\*\*Educatore Professionale Tirocinante

### Premessa

Il Benessere è un bene prezioso per l'umanità, che va perseguito garantendo la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione, per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. L'OMS ci dà una definizione di Salute: "Non solo assenza di malattia ma stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale". E ci suggerisce che per arrivare a questo stato di benessere, non basta quindi curare ma anche prevenire, informare, sensibilizzare, promuovere comportamenti sani e orientati al benessere. "Con Benessere non si vuole più descrivere, dunque, una condizione di 'assenza di malattia', ma qualcosa di molto più importante ed ampio: la capacità di vivere in pieno le proprie potenzialità, liberare le energie immobilizzate, aprire nuovi canali di creatività, percepire la vita in pieno. Ma 'benessere' è anche qualcosa di più dell'utilizzare bene ciò che già esiste (...): è anche la possibilità di *sviluppare* maggiormente le proprie qualità vitali, di ampliarle, di raggiungere livelli di vita ancora più soddisfacenti" (Rispoli 2011, p.71). Il Benessere va costruito e preservato sin dall'inizio della vita, protetto nella crescita, mantenuto nell'età adulta e assicurato sino alla terza età. Secondo il Neofunzionalismo, (Rispoli, 1993, 2004, 2010, 2011), una crescita sana del bambino e dell'adolescente è legata ad alcune esperienze primarie, costituite da emozioni, movimenti, sensazioni fisiche, fantasie, relazioni, che sono alla base dell'esistenza umana. Rispoli (2010) le definisce *Esperienze Basilarie del Sé (EBS)*, dei mattoni su cui si costruisce la vita; sono esempi di EBS *l'Essere Protetto, Contenuto, Nutrito, Visto, Ascoltato, il Benessere, l'Amore, il Contatto, l'Autonomia*. Se le EBS vengono attraversate più volte in modo sufficientemente pieno, aperto, positivo, in differenti sfumature e situazioni, diventano vere e proprie *capacità* consolidate e stabili. Esse andranno a costituire il serbatoio a cui poi è possibile attingere ogni qualvolta ve ne sia bisogno: per poter vivere pienamente una determinata situazione, per poter realizzare ciò che si desidera, per interagire con efficacia e successo con gli altri e con la realtà. Di contro, carenze nel modo in cui tali esperienze vengono vissute creano alterazioni nei *Funzionamenti di fondo* (Rispoli, 2010), funzionamenti che sono alla base dell'esistenza della persona, che producono pensieri, emozioni, gesti, atteggiamenti, parole, comportamenti, ovvero i vari modi di essere dei *Sistemi integrati* nelle varie situazioni. Rispoli sostiene che "per conservare

vitalità e benessere anche da adulti, bambine e bambini debbano trovare protezione, calore, serenità, e soprattutto soddisfazione dei loro bisogni fondamentali; diversamente si formeranno pericolose alterazioni del nucleo profondo del Sé: perdita di contatto con le capacità vitali, disagi, malesseri. Il nucleo del Sé, reso fragile ed insicuro, si aggrappa ad immagini esteriori di forza e di certezza, tenta di compensare le carenze profonde inseguendo false sicurezze: il potere sugli altri, il volere dominare, il facile successo, la violenza, il denaro a tutti i costi. Oppure cede alle angosce e finisce per sentirsi debole, sopraffatto, schiacciato; e si fa schiacciare" (L. Rispoli, 2004, p. 332). Il Benessere come Esperienza di Base è costituita da una specifica configurazione di Funzioni. Se guardiamo da vicino cosa accade quando si sta attraversando l'EBS *Benessere* notiamo che "non ci può essere *Benessere* se il corpo non sperimenta la sua unitarietà, se non c'è completezza, se non si mantiene l'Armonia e l'equilibrio tra le varie Funzioni del Sé. Non ci può essere Benessere solo nei pensieri: anzi con il pensiero si può pensare di tutto e si può arrivare a immaginare le evenienze più negative, le possibilità peggiori ed allarmanti. Solo la pienezza delle *sensazioni* psicocorporee (niente è mai solo fisico o solo psichico) può costituire da base al Benessere e allontanare vecchie e nuove *fantasie* angoscianti. Nel Benessere pieno e reale il nostro organismo raggiunge uno stato di funzionamento particolare (...) a cui contribuiscono tutti i principali sistemi vitali. Il *respiro* è calmo e profondo, spontaneamente diaframmatico. Il sistema *neurovegetativo* è decisamente tendente alla vagotonia (il sistema della calma e dell'allentamento): le mani sono asciutte, il colorito della pelle è vitale, il battito cardiaco lento e tranquillo, le mucose e gli occhi umidi. Il *tono muscolare* è rilasciato e morbido, la persona è pienamente abbandonata; le palpebre sono chiuse senza sforzo e la bocca è socchiusa e non serrata. Il corpo non ha necessità di fare eccessivi *movimenti*, se non lenti e calmi quando proprio ve ne sia bisogno. Le *sensazioni* interne sono intense ed estremamente gradevoli: pesantezza, piccoli flussi che scendono verso il basso, calore al centro del corpo e freschezza nelle parti alte (...) i *pensieri* sono fluttuanti e piacevoli. Nel corpo circolano tutti i *neurotrasmettitori e mediatori* biochimici del Benessere" (Rispoli, 2004, p.132). Ma se l'individuo è stato costretto ad essere sempre teso, sempre in attività, sempre in allarme, allora non si riesce più a raggiungere in modo pieno lo stato di Benessere. "Le persone percepiscono chiaramente la mancanza di qualcosa e tentano di colmarla come possono: con la ricerca ossessiva del sesso, con il gioco d'azzardo, con il fumo, con la compulsività per il lavoro; oppure cercano di allentare la morsa dell'angoscia e ritrovare il paradiso perduto del Benessere con il bere, con le droghe *leggere*, con le droghe *pesanti*. Il Benessere è un passaggio obbligato non solo nelle terapie, ma anche e soprattutto nei progetti che vogliono affrontare in modo serio e profondo il tema della prevenzione" (Rispoli, 2004, p.133).

### Benessere al Ser.T

Il Servizio per le Tossicodipendenze di Alcamo (ASP n°9 TP) da anni programma progetti *psicocorporei* di pre-

venzione finalizzati alla riapertura di quei *Funzionamenti di fondo* che favoriscono il Benessere. Questi percorsi, pur differenziandosi per tecniche e modalità conduttive in rapporto alla fascia d'età e alle problematiche dei partecipanti, sono accomunati da una impostazione metodologica che prevede l'attraversamento di Esperienze Basilar del Sé (EBS) utili alla riapertura di Funzioni e Funzionamenti, che per storia di vita si sono alterati o non pienamente sviluppati, rendendo difficoltoso l'accesso al Benessere. All'interno dei nostri itinerari esperienziali i partecipanti risentono e riscoprono la potenzialità del benessere. Nei nostri laboratori Benessere vengono attraversate varie EBS fra cui *Lasciare, Stare, Allentare il Controllo, Fiducia, Sensazioni, Contatto, Essere Tenuti, Protetti, Calma, Aggressione affettuosa, Forza Calma, Tenerezza, Benessere, Vitalità*. La metodologia adottata è di tipo attivo e prevede momenti teorici ed esperienziali, secondo l'ottica della Psicologia Funzionale, al fine di favorire l'apprendimento stesso e la riflessione sulle modalità personali di funzionamento. Viene favorita la messa in gioco del proprio corpo e sperimentato direttamente gli aspetti psicocorporei, sensomotori e affettivo-emozionali della persona, scoprendo nuove modalità comunicative e relazionali. Si riaprono canali sensoriali e percettivi, si inducono stati di allentamento e di vagotonia per tornare in contatto con sé stessi, con la possibilità di riappropriarsi di uno stato di benessere generale. Come strumenti metodologici adoperiamo lezioni frontali, presentazioni video, attività psicocorporee individuali, di coppia, di gruppo, giochi di ruolo, lavori di gruppo. Le *tecniche Funzionali* (Rispoli 2011) utilizzano un coinvolgimento psicocorporeo specifico per favorire l'attraversamento di EBS. Fra le tecniche impiegate vi sono le mobilitazioni di espressioni o emozioni, le attività sulla respirazione, sui distretti corporei, le immaginazioni guidate, le sequenze, i massaggi, le figurazioni di gruppo, i rituali. Molte di queste attività sono accompagnate da un sottofondo musicale che favorisce l'attraversamento dell'EBS proposta. Ogni percorso prevede un totale di 8-10 incontri con frequenza settimanale, per complessive 24-30 ore, rivolti a 16-20 partecipanti. La conduzione è direttiva. Ciascuno dei progetti ha un sistema di valutazione durante tutta la sua durata, che ne garantisce il monitoraggio e la verifica degli esiti raggiunti. Numerosi sono gli itinerari formativi già realizzati e rivolti a bambini, adolescenti, genitori, docenti, adulti e utenti del Ser.T.

### BENESSERE GENITORI

Molti progetti di prevenzione, attivati dal Ser.T sono stati rivolti ai genitori (soprattutto mamme), che sono stati coinvolti in numerose iniziative, fra cui i progetti esperienziali *"Genitorialità e Benessere"*.

Il progetto *Genitorialità e Benessere* si è proposto di rispondere ai bisogni-formativi dei genitori, realizzando un percorso che, partendo dalla conoscenza dell'individuo visto nella sua interezza, miri all'attuazione di metodi educativi che favoriscano l'evoluzione armonica del bambino e gli permettano l'attraversamento e la costruzione delle *Esperienze Basilar del SE'*. La proposta formativa si è connota come un percorso teorico-espe-



rienziale, in grado di fornire livelli di formazione/informazione su ciò che produce benessere e su quali sono quei segnali precoci, predittivi di malessere, che se colti in tempo possono essere facilmente arginati. L'obiettivo fondamentale è stato quello di fornire un **sostegno alla genitorialità**, per creare condizioni favorevoli a **soddisfare i bisogni fondamentali** dei figli. Il laboratorio proposto ha inteso offrire ai genitori l'opportunità di scoprire/valorizzare risorse personali e relazionali utili a promuovere la cultura del benessere. Il laboratorio si è configurato come uno spazio nel quale i genitori attraversano alcune EBS come per esempio *lo Stare, il Lasciare, l'Essere Visti e Valorizzati, l'Essere Sostenuti e Contenuti, il Contatto, la Tenerezza*. Ciò ha permesso loro di acquisire quelle capacità che producono benessere, e di sentire e capire cosa provano i loro figli quando attraversano pienamente e in maniera armonica tali esperienze.

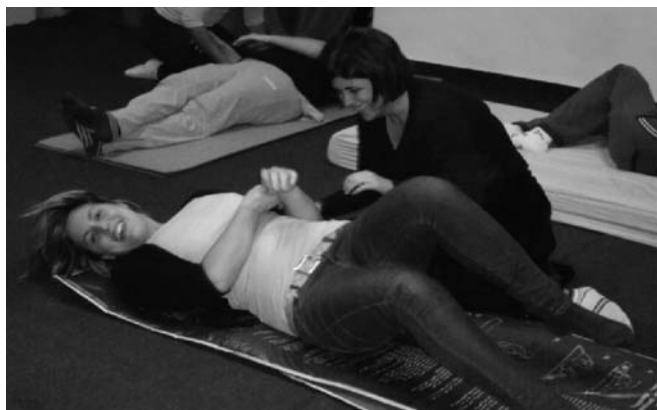
### Obiettivi generali e specifici

*Favorire l'acquisizione di conoscenze ed esperienze utili alla comprensione e al potenziamento del benessere psicocorporeo e fornire ai genitori l'opportunità di attraversare positivamente le EBS relative alla genitorialità.*

- Aumentare le conoscenze dei genitori concernenti i bisogni della persona, il concetto di Benessere, i Funzionamenti del Sé e le EBS
- Aumentare le conoscenze dei genitori relativamente allo sviluppo armonico del Sé e dei segnali precoci di alterazione del Sé
- Migliorare lo stato di benessere generale dei genitori
- Far attraversare ai partecipanti le EBS relative alla genitorialità.







### Teoria

- *La Psicologia Funzionale: un modello multidimensionale*
- *I bisogni della persona e il concetto di Benessere*
- *Stereotipie maschili e femminili. la nascita della violenza e il bullismo*
- *L'adolescenza*
- *Il mondo virtuale*
- *La genitorialità*
- *Lettura Funzionale della Famiglia*



Dunque, l'aiuto ai genitori a riscoprire il proprio il proprio Benessere, a riconoscere i propri Bisogni Fondamentali e quelli dei figli, il sostegno alla genitorialità e la relazione genitore-figlio, sono diventati i temi centrali del laboratorio, nella convinzione dell'esistenza di una reciprocità tra i bisogni dei genitori e quelli dei figli e di una reciprocità tra benessere/auto-stima dei genitori e benessere dei figli.

La maggior parte degli incontri è stata strutturata nel seguente modo. Un primo momento di circa 10 minuti di *memoria storica* in cui i componenti del gruppo ricordano le attività realizzate nell'incontro precedente, riferiscono se queste hanno suscitato pensieri o stimolato riflessioni durante la settimana. Quindi un momento teorico legato all'argomento dell'incontro, realizzato attraverso la lezione frontale, di circa 40 minuti, con l'ausilio di diapositive e/o di video. In seguito vengono utilizzate tecniche funzionali che coinvolgono il gruppo per circa 90 minuti. Infine, l'ultima parte dell'incontro prevede la verbalizzazione dei vissuti e la condivisione nel gruppo del lavoro svolto, moderata dal conduttore.



L'attraversamento del percorso nella sua complessità ha sempre favorito nelle mamme partecipanti uno stato di benessere generale ed una riflessione costante sulle loro modalità comportamentali e relazionali nei confronti dei propri figli. Le risposte ai Questionari di valutazione hanno evidenziato che i genitori avevano appreso ciò che deve essere la condizione di Benessere in età evolutiva e quelli che sono i segnali precoci di alterazione del Sé.

L'osservazione diretta del comportamento dei genitori e del grado di coinvolgimento nel lavoro, le verbalizzazioni in itinere e le riflessioni finali dei partecipanti concernenti l'attraversamento dell'esperienza, hanno



sempre fatto emergere: la positività del confronto fra genitori, la convinzione che l'esperienza vissuta è stata utile e che i temi trattati sono stati interessanti, la consapevolezza di sentirsi più sicuri come genitori, lo scoprirsi più sereni con se stessi, più capaci di ascolto con i figli, più pronti ad affrontare le difficoltà e a discuterne con la famiglia. In ogni gruppo genitori attivato il 100% dei partecipanti ha gradito l'esperienza, la rifarebbe e la consiglierebbe ad altri.

### Benessere Donna

Fra le attività proposte, che hanno sempre un tempo determinato, particolare adesione hanno ricevuto quelle rivolte alle donne. Le donne sono più disponibili degli uomini a mettersi in gioco, i nostri gruppi hanno sempre avuto una prevalenza di presenza femminile.



Le donne spesso sono portatrici di tanta sofferenza, reggono *tanti pesi...* e a volte necessitano di aiuto. Al Ser.T arrivano varie donne, alcune hanno problemi relativi alla dipendenza patologica, altre sono madri, mogli, figlie, sorelle di nostri utenti; molte arrivano al servizio per partecipare ai progetti di prevenzione, reclutate nella scuola dei loro figli, o nei progetti territoriali della L.328 o autonomamente, perché consigliate da un'amica che ha già fatto l'esperienza. Osservando queste donne, emergono alcuni elementi di alterazione conclamata, che si erano appena intravisti nelle bambine e notati ancora di più nelle adolescenti incontrate nei nostri progetti. In queste donne il Respiro è quasi sempre toracico, la Voce soffocata o strozzata o eccessivamente acuta, il Controllo è alto, i movimenti trattenuti, mentre la Forza maggiormente adoperata è quella di resistenza. Questi dati confermano le nascenti alterazioni del Sé già evidenziate nelle bambine di 8-10 anni in precedenti ricerche (Rispoli, 1998-1999) e sottolineano una possibile influenza sociale sull'origine della *staticità, fragilità e passività* di molte donne.



Secondo Rispoli (2004) l'esperienza prevalente a cui sono sottoposte le donne sin da bambine è caratteriz-

zata da un insieme di regole educative che hanno per effetto quello di *tagliar via* la capacità di sentire e di esprimere pienamente la *propria forza*. Ne consegue che diminuisce anche la capacità di "proporsi al mondo esterno", di "lanciarsi" in imprese e progetti importanti e ambiziosi. Vengono così meno l'autostima, la sensazione di poter affrontare con successo le difficoltà, l'immagine positiva di sé. La forza nelle femmine si trasforma in una tendenza a dedicarsi agli altri. Far le cose per gli altri è la possibilità residua di ricoprire un ruolo rilevante, uno spazio per sé. Ma anche il dedicarsi agli altri può assumere una tonalità di sottomissione. Le donne hanno una grande forza, ma la usano per battere tutti i giorni con il ménage quotidiano; non la usano per sé, per difendersi, per sapersi relazionare in positivo all'esterno, per proporsi, per prendersi uno spazio visibile e attivo nella società. I progetti Benessere donna sono nati per rispondere alle esigenze della popolazione femminile, che a vario titolo arriva nei nostri servizi; in questi percorsi confluiscono anche delle mamme che, avendo già partecipato al gruppo *Benessere genitori*, vogliono continuare a lavorare per la propria crescita personale e delle tirocinanti del servizio in qualità di *osservatori partecipanti*, con la funzione di elementi positivi ed aggreganti di un gruppo eterogeneo. L'eterogeneità del gruppo formativo, per età, problematiche personali, vissuti, ceto sociale, livello culturale, diventa un valore aggiunto all'esperienza; e, nell'ottica della Pedagogia Istituzionale, (Canevaro 1988) favorisce l'integrazione delle competenze, delle cono-



scenze, dei linguaggi, delle potenzialità e possibilità, ottenendo una rimozione di quelle barriere psicologiche che alimentano lo stigma del Ser.T.



L'attraversamento di *Esperienze* quali l'Essere Tenuto, il Contatto, il Benessere, la Condivisione, ecc. ha permesso un riequilibrio del Sé psicocorporeo, diminuito le alterazioni *incrostate* dal tempo, aperto nuovi Funzionamenti di fondo. Nel tempo, nelle donne si è modificata in positivo l'Immagine Corporea di Sé, migliorata la Respirazione, diminuito il Controllo, aperta la possibilità di Lasciare, di Stare ed è aumentata l'Auto-stima. Il percorso formativo ha consentito alle donne una più chiara consapevolezza di Sé, dei propri limiti, di ciò che le ferma, delle proprie potenzialità.



I percorsi Benessere rivolti alle donne, hanno dato spazio e voce a bisogni inespressi. Le donne hanno riscoperto il piacere di risentirsi, aprire le sensazioni, le emozioni; di condividere la propria sofferenza; di assorbire il Sostegno, il Nutrimiento, la Tenerezza. Attraversando le EBS del percorso Benessere, le donne hanno sperimentato la piacevolezza di nuove e più serene modalità comunicative e relazionali, che gradualmente hanno spontaneamente trasferito nella loro vita quotidiana.

Le partecipanti così educate ed abituate ad usare spesso solo la Forza di resistenza, hanno successivamente attraversato l'Aggressione affettuosa; tutte le EBS della Forza: dalla F. Originaria, alla F. Morbida; dalla F. Calma, alla F. Aperta; la Tenerezza, la Presenza.

Alla fine del percorso quasi tutte le donne hanno raggiunto una nuova Consistenza e Determinazione, che ha stimolato in loro la ricerca di nuovi stili di vita e il desi-



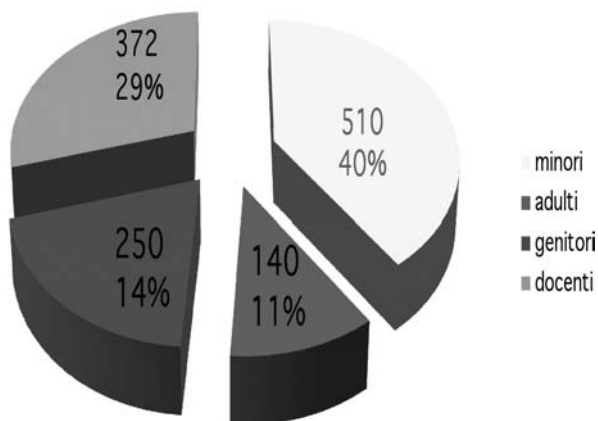


Rispoli, L. (1998-1999). *Prevenzione-Benessere Infanzia e Adolescenza, Progetto "Pamfs". Comune di Napoli.*  
 Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé. Milano: Franco Angeli.*  
 Rispoli, L. (2010). *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno. Napoli: Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).*  
 Rispoli, L., & Di Nuovo, S. (2011). *L'Analisi Funzionale dello Stress. Milano: Franco Angeli.*  
 Rispoli, L., (2011). *Manuale delle Tecniche Funzionali. Napoli: Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).*

derio di nuovi orizzonti, che hanno concretizzato, nel tempo, portando fino in fondo delle scelte di vita.

Dal 2001 ad oggi tanti sono stati i percorsi psicocorporei attivati nel nostro territorio, che hanno coinvolto 1272 persone per un totale di 356 incontri di gruppo, pari a 1139 ore di lavoro, (vedi grafico successivo). Interessanti i risultati raggiunti, altissimo il gradimento, bassissimi i costi, ma soprattutto, l'affluenza di tanta gente al Ser.T, per motivi diversi da quelli *usuali*, ha contribuito, nel suo piccolo, a ridurre il pregiudizio nei confronti del servizio e della sua utenza.

Ser.T Alcamo ASP 9 TP



### Bibliografia

Canevaro Andrea (a cura di) (1988), *Handicap, ricerca e sperimentazione*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.  
 Di Giovanni C., Inguglia S. (2012). *Genitorialità e Benessere: un percorso di formazione per genitori con figli adolescenti in Inguglia C., La progettazione di interventi psicosociali. Roma: Carocci.*  
 Di Giovanni C. (2013). *Il Counseling Funzionale: Nuova modalità di intervento in Rispoli L. (a cura di), Nuove frontiere del Counseling. Roma: Alpes.*  
 Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé. Roma: Astrolabio.*

## 4

## TECHNO RAVE, HOUSE MUSIC, NEOTRANCE MUSIC & STATI ALTERATI

### Interventi integrati per la riduzione del rischio nei grandi eventi musicali

Renato Durello, Romana Baronchelli,  
Cristina Azzimonti, Barbara Bongini,  
Giuseppina Cordone, Massimo Dorini,  
Giovanna Fontana, Fabio Guerrini, Paolo Marzorati,  
Marina Meneghello, Concetta Micalizzi,  
Cinzia Pezzoni, Nadia Rui, Ernestino Gola<sup>1</sup>  
Riccardo De Facci, Nicola Mazzitelli,  
Stefano Moneta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Dipendenze ASL Provincia di Milano 1

<sup>2</sup>Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione

#### Sintesi

Alcuni contesti ricreativi giovanili, quali gli eventi musicali, in particolare techno rave o concerti di musica house, neotrance o dance, per citarne alcuni, sono sempre più caratterizzati dalla ricerca dello "sballo", dello stato alterato di coscienza, sovrapponendo alla musica gli effetti di sostanze psicoattive sia legali, quali l'alcol, sia illegali, in particolare MDMA e ketamina, cui vanno aggiunte, talvolta, cocaina e, molto più spesso, cannabis.

La partecipazione delle Unità Mobili Giovani (UMG) alla prima edizione italiana dell'evento Time WARP (2011) presso gli spazi della Fiera di Rho, che prevedeva la presenza anche di personale sanitario e socio educativo afferente al Dipartimento Dipendenze dell'ASL MI 1, ha avviato una esperienza di integrazione pubblico-privato sociale per la gestione di interventi informativi, socio-educativi e sanitari, finalizzati alla riduzione del rischio e alla gestione di situazioni di emergenza/urgenza, che frequentemente si verificano in tali contesti.

Dopo questa prima significativa esperienza si è costituito un gruppo permanente di operatori del Dipartimento Dipendenze disponibili all'intervento in tali contesti; l'attuazione, infine, della sperimentazione ex DGR 3239/2012 "Effetti Collaterali", di cui è titolare la Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, ha costituito l'ambito e l'occasione per la formalizzazione di un protocollo che sancisce e regola tale collaborazione.

#### Premessa

**«Il consumo di droghe a scopo ricreativo, segnatamente sintetiche, sta divenendo sempre più comune. Coloro che ne fanno uso non appartengono alle fasce sociali più svantaggiate o alle frange dell'emarginazione, ma vanno ricercati tra i giovani, gli studenti, gli impiegati, provenienti da categorie relativamente benestanti. Si tratta di una tendenza uniforme**

#### **riscontrabile in tutta l'UE».**

Mike Trace, Presidente, Consiglio di Amministrazione dell'OEDT

Questo allarme è stato pubblicato nel bollettino Focus sulle droghe dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona nel 2002, ma è ancora più attuale in questi ultimi tempi.

Per consumo di stupefacenti a scopo ricreativo si intende, in questo contesto, il consumo di sostanze psicoattive per "divertimento" negli ambienti di vita notturna. In particolare il bollettino richiama: "il consumo di stupefacenti negli ambienti di vita notturna è del pari strettamente legato allo stile di consumo della gioventù, già peraltro sfruttato dall'industria della musica, del divertimento, dai produttori di alcolici e da ogni altra attività che si rivolge ai giovani." e suggerisce che "una risposta mirata ai soggetti a rischio negli ambienti di vita notturna dovrebbe dunque individuare il modo migliore di gestire tale rischio, derivante dal consumo di stupefacenti ad uso ricreativo, divulgando informazioni, in particolare relative ai pericoli a lungo termine". Inoltre, "nonostante i media abbiano richiamato l'attenzione del pubblico sulle morti per ecstasy, la questione principale, in un'ottica di sanità pubblica, è data dai rischi di invalidità a lungo termine causata dal consumo regolare o massivo (cosiddetto binge use) di stimolanti anfetaminici, quali appunto l'MDMA".

L'OEDT ha continuato a lavorare, insieme con gli Stati membri, alla raccolta di informazioni circa l'estensione del problema e le misure disponibili. Nel 2010 ha rilasciato indicazioni sugli interventi di riduzione del danno nei contesti ricreativi sviluppando in particolare le riflessioni sull'efficacia degli interventi nei luoghi del divertimento (Chapter 13 -YOUNG PEOPLE, RECREATIONAL DRUG USE AND HARM REDUCTION. A. Fletcher, A. Calafat, A. Pirona and D. Olszewski in HARM REDUCTION: EVIDENCE, IMPACTS AND CHALLENGES EMCDDA, Lisbon, April 2010).

Fra le considerazioni finali l'OEDT di Lisbona nel 2002 segnalava che "le conseguenze ed i rischi derivanti dal consumo di droga a scopo ricreativo dovrebbero essere chiarite su di un piano scientifico." Risposte appropriate potrebbero provenire dai settori del sociale e della sanità a partire dalla conoscenza dei contesti e degli stili di consumo fino all'approfondimento dei rischi a lungo termine del consumo di droga.

#### Strumenti e metodi

Il Dipartimento Dipendenze dell'ASL MI 1 ha avviato una esperienza di integrazione pubblico - privato sociale con la Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione (COLCE), titolare del progetto sperimentale ex DGR 3239/2012 "Effetti Collaterali Sistema di Intervento Selettivo" insieme ad altre organizzazioni del privato sociale (Coop.Soc. Albatros, Ass. Comunità Nuova, Contina Coop.Soc.), formalizzata con un Protocollo operativo. La sperimentazione è finalizzata a intervenire nei contesti del divertimento e/o dell'aggregazione informale promuovendo l'autotutela della persona per limitare danni e rischi.

Il Protocollo di collaborazione prevede la compresenza di personale di area sanitaria e socio-educativa del Dipartimento Dipendenze, accanto al personale della

Cooperativa, in occasione di interventi in alcuni contesti particolarmente connotati da comportamenti a rischio, quali rave party, concerti e festival musicali di grande affluenza. Il compito di tale gruppo di operatori ASL, consiste nella gestione delle situazioni di emergenza/urgenza, con una prima diagnosi, eventuali trattamenti e valutazione della necessità/opportunità di invio ai Pronto Soccorso ospedalieri o ad altri servizi preposti.

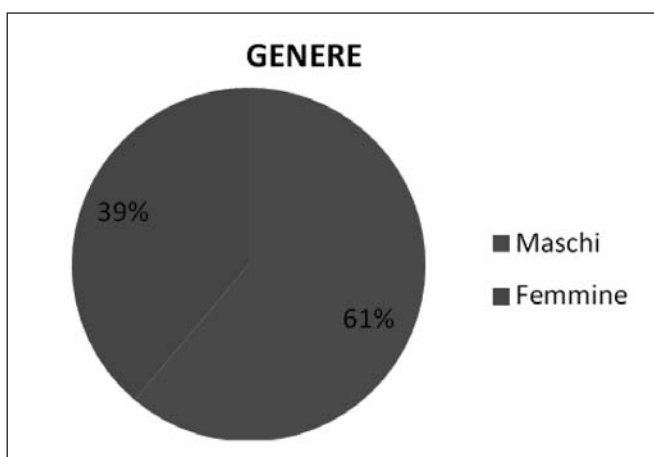
Gli operatori del Dipartimento Dipendenze inoltre svolgono un'attività di osservazione e rilevazione dei fenomeni, con l'obiettivo di conoscere esperienze di consumo/abuso di sostanze psicoattive, altrimenti non rilevabili nella pratica quotidiana all'interno dei servizi per le dipendenze. Le informazioni raccolte dagli operatori del Dipartimento, attraverso una scheda predefinita, andranno a integrare i dati raccolti dagli operatori di COLCE attivi nella sperimentazione.

A COLCE compete di tenere i contatti con gli organizzatori dell'evento, seguire l'allestimento degli spazi idonei alle attività da svolgere (area medica e relax zone), mettere a disposizione il materiale non sanitario necessario (materassini, coperte, acqua, generi alimentari, ...) direttamente o tramite gli organizzatori dell'evento.

**Primi risultati**

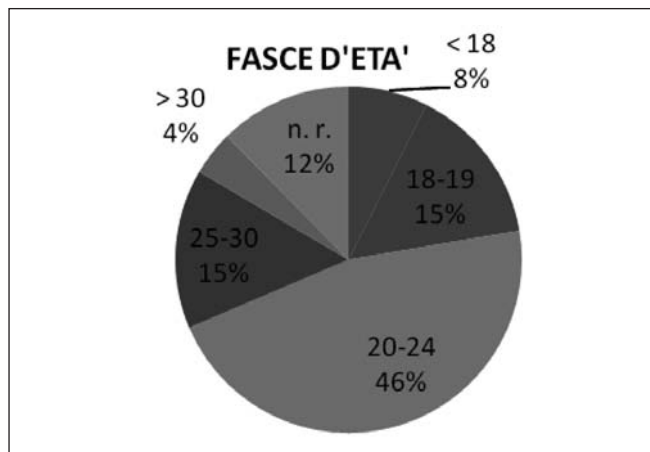
Si presentano alcuni dati relativi al campione di persone incontrate e assistite ed alle attività erogate nel corso di tre eventi musicali, tra fine settembre 2012 e marzo 2013: Time Warp, concerto di David Guetta e concerto di Paul Kalkbrenner. I dati riguardano solo i contatti avvenuti all'interno dell'Area Medica e non tutto il complesso delle attività del progetto sperimentale "Effetti collaterali".

E' stato osservato come *genere* ed *età* variano in funzione del tipo di musica che viene proposta nell'evento.



Genere			
	M	F	totali
TIME WARP 2012	44	15	59
DAVID GUETTA 2013	7	17	24
PAUL KALKBRENNER 2013	23	15	38
totali	74	47	121

In particolare, nel corso del terzo concerto, è stata significativa la quota di minorenni che hanno avuto necessità di cure perché in grave stato di alterazione.



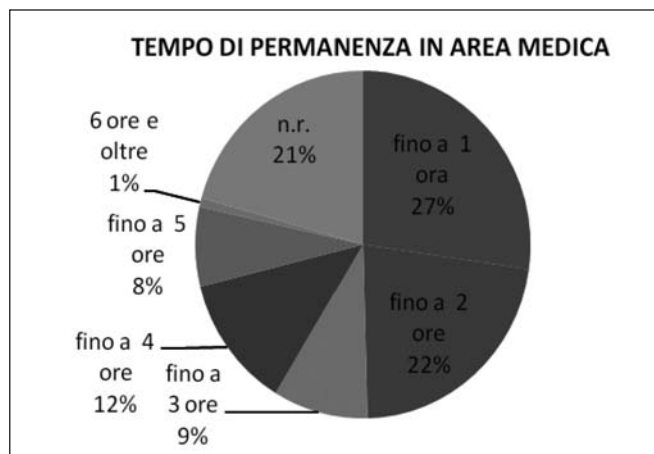
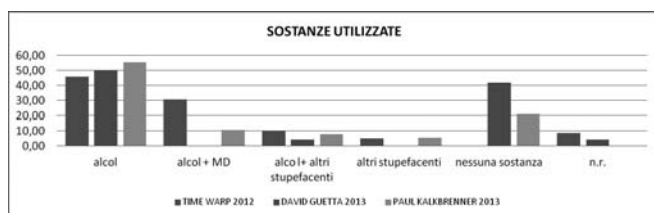
	Fasce d'età						totali
	< 18	18-19	20-24	25-30	> 30	n. r.	
TIME WARP 2012		8	28	9	2	12	59
DAVID GUETTA 2013	1	1	14	3	2	3	24
PAUL KALKBRENNER 2013	8	9	14	6	1		38
totali	9	18	56	18	5	15	121

Anche rispetto al tipo di sostanze psicotrope che hanno provocato la necessità di un intervento, pur essendo sempre l'alcol la sostanza più implicata, è evidente una variabilità in funzione del tipo di musica.

Le informazioni sulle sostanze assunte sono state fornite dai diretti interessati o dagli accompagnatori, quando possibile, nel corso di tutto il periodo di assistenza, o tramite una valutazione clinica effettuata dai medici presenti. La mancanza di informazioni, rispetto ad alcune persone, si è verificata, prevalentemente, per il fatto che questo non costituiva un vincolo per accedere alle cure.

**Conclusioni**

Questa esperienza di gestione integrata, pubblico-privato sociale, degli interventi finalizzati alla riduzione del rischio in occasione di grandi eventi musicali, rivolti prevalentemente alla popolazione giovanile, quali i techno rave, dove è sempre più consolidato un notevole e diffuso consumo di sostanze psicoattive, soprattutto alcol, ma anche MDMA, ketamina e altre droghe illegali, ha confermato la necessità e l'utilità di queste azioni sia per quanto concerne la prevenzione e riduzione del rischio, sia per la tutela della salute delle persone, che presentano situazioni di vera e propria emergenza/urgenza. Infatti, purtroppo, la cronaca periodicamente ripropone incidenti mortali nel corso di queste manifestazioni, dovuti all'assunzione massiva di mix di sostanze psicotrope. Viene confermata, inoltre, l'utilità dell'osservazione "sul campo" di questi fenomeni, che fornisce agli operatori una messe di informazioni, tecnicamente e clinicamente importanti, che altrimenti non potrebbero essere rilevate.



tempo permanenza in area medica				
	TW 2012	GUETTA	KALKBRENNER	TOTALI
	20,00 - 7,00	20,00 - 3,00	20,00 - 2,00	
fino a 1 ora	19	7	7	33
fino a 2 ore	11	6	10	27
fino a 3 ore	2	1	8	11
fino a 4 ore	11	3	1	15
fino a 5 ore	7		2	9
6 ore e oltre	1			1
n.r.	8	7	10	25

Inoltre, il ricorso a cure sanitarie direttamente sul posto, con la possibilità di permanenza per il tempo necessario, nell'area sanitaria o nella relax zone, consente di ovviare, nella quasi totalità dei casi, all'invio ai Pronto Soccorso degli ospedali di zona, evitandone la saturazione e un improprio utilizzo. La presenza, consolidata, di una associazione di primo soccorso consente una ulteriore integrazione per facilitare l'accesso all'area medica delle situazioni più gravi e per l'eventuale invio di assistiti in strutture ospedaliere.

## COMPLUSIÒN: UNA SPERIMENTAZIONE NELL'AMBITO DEI SERVIZI PER LE NUOVE DIPENDENZE

**Adelmo Fiocchi\*, Roberto Lombardi\*\*,  
Paolo Pianezzola\*\*\***

\*Psicologo, psicoterapeuta, responsabile scientifico del progetto "Compulsìon" per "Atipica" cooperativa sociale onlus

\*\*Psicologo, psicoterapeuta, responsabile del progetto "Compulsìon" per "Atipica" cooperativa sociale onlus

\*\*\*Psicologo e psicoterapeuta

Compulsìon è un progetto di start-up per un servizio multimodale di diagnosi e cura dei comportamenti compulsivi e delle nuove forme di dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, sesso, dipendenza da internet, shopping compulsivo e disturbi dell'alimentazione). Il target del servizio è rappresentato da quei soggetti e dalle loro famiglie che manifestano comportamenti compulsivi, che esitano in nuove forme di dipendenza, associati o meno a DUS, ma che sono privi di compromissioni gravi sul piano sociale, lavorativo, psichiatrico e fisico. Il lavoro illustra aspetti organizzativi, di governance del progetto e la rete attivata. Compulsìon si basa su una modalità di intervento "multimodale", costituita da interventi differenziati e distinti ma combinati ed integrati. Il programma di cure viene definito a partire da un inquadramento specialistico dei problemi. La "gravità" dei comportamenti compulsivi è stimata a partire da due fattori principali: uno clinico-diagnostico secondo i criteri del DSM-IV-TR (considerata anche la comorbilità) e uno relativo alla compromissione psico-sociale. Si identificano così classi diverse che presuppongono bisogni di cura associati a gradi di gravosità specifici, organizzati in tre livelli:

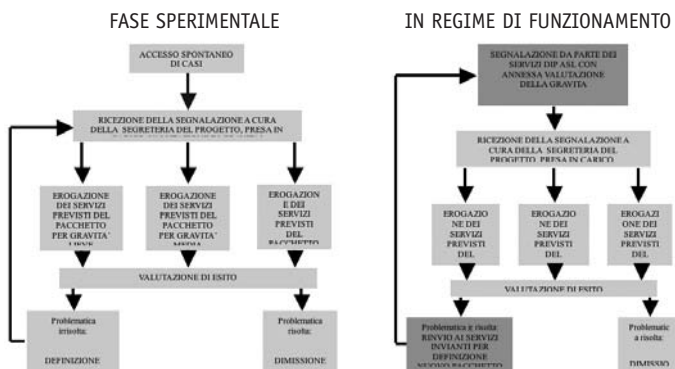
Diagnosi Formale	NON USO	COMPORTAMENTO PROBLEMATICCO	COMPORTAMENTO D'ABUSO	DIPENDENZA PATOLOGICA	Livello di gravità
Utilizzo essenziale del DSM dopo la raccolta delle informazioni; Fesame obiettivo e le indagini tossicologiche	Anamnesi negativa, assenza di eventuali segni e sintomi correlati a un profilo d'uso	Anamnesi negativa, assenza di eventuali segni e sintomi correlati a un profilo d'uso	Anamnesi positiva, eventuali segni e sintomi correlati all'uso	Anamnesi positiva, eventuali segni e sintomi correlati all'uso di sostanze	Lieve Presenza di 3 criteri
	DSM: Non pertinente	DSM: assenza di criteri per abuso o dipendenza	DSM: Positività per criteri di abuso, assenza di criteri per dipendenza	DSM: presenza di almeno tre criteri per dipendenza	Moderata Presenza di 4-5 criteri
					Grave Presenza di 6-7 criteri

A queste conclusioni vanno aggiunte quelle che derivano dall'analisi di EuropASI, della SCL90 e della Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) secondo i criteri del DSM.

	ASI 0-1	ASI 2-3	ASI 4-5	ASI 6-7	ASI 8-9
La valutazione di gravità attraverso asse V del DSM, ASI e SCL 90 è indipendente rispetto alla diagnosi comunque effettuabile sulla popolazione pertinente, sia consumatore che con problematiche di abuso o dipendenza	nessun problema reale: trattamento non indicato	problema lieve: trattamento probabilmente non necessario	problema moderato: indicato qualche trattamento	problema considerevole: trattamento necessario	problema grave: trattamento assolutamente necessario
	SCL 90 Global Score Index < 1 normale	SCL 90 Global Score Index < 1-1,5 problema lieve	SCL 90 Global Score Index < 1,6-2 problema moderato	SCL 90 Global Score Index > 2 problema grave	
	Asse V DSM (VGF) 80 - 100 Nessun problema	Asse V DSM (VGF) 61 - 80 Problema lieve	Asse V DSM (VGF) 51 - 60 Problema moderato	Asse V DSM (VGF) 1 - 50 Problema grave	

E' quindi possibile definire percorsi di cura e riabilitazione personalizzati, appropriati e coerenti con i bisogni delle persone e delle famiglie, attraverso la definizione di un Protocollo Terapeutico risultante dall'integrazione e dalla combinazione di differenti pacchetti di prestazioni.

FLUSSO OPERATIVO DEL PROGETTO



I requisiti funzionali, strutturali, organizzativi, gestionali sono definiti in linea con quanto richiesto dalla DGR 12621 del 2003. Compulsìon assicura la disponibilità dei trattamenti relativi alla cura: le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi. Il Servizio provvede a:

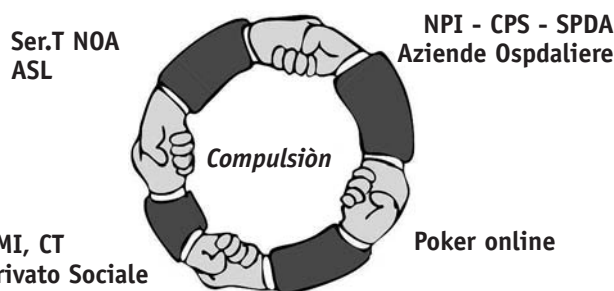
- garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente;
- predisporre, per ogni utente, un programma personalizzato con valutazione diagnostica iniziale formulata sulla base del protocollo regionale e monitoraggio periodico
- formulare un programma organizzato in pacchetti di prestazioni in base alla valutazione di gravità
- formulare una dimissione o un proseguo del programma

La tabella mostra le tipologie di personale di cui il Servizio si avvale e le attività previste, organizzate in pacchetti.

È prevista la figura del "care manager", scelta individuando tra le figure professionali quella che meglio possa rispondere alle esigenze prevalenti dell'utente. Compulsìon prevede la collaborazione con i Servizi pubblici anticipando quella che potrebbe essere l'organizzazione dei Servizi in Lombardia nei prossimi anni. Al Servizio pubblico verrà richiesto di predisporre un programma terapeutico a partire dalla diagnosi e dalla

Psicologi e psicoterapeuti (cognitivo-comportamentale, familiare sistemico-relazionale, dinamico)	Valutazione multidimensionale di primo livello alla presa in carico e alla dimissione
	Valutazione psicodiagnostica con approfondimento di secondo livello
	Psicoterapia individuale
	Intervento motivazionale individuale
	Intervento motivazionale di gruppo
	Prevenzione delle ricadute individuale
	Prevenzione delle ricadute di gruppo
	Psicoterapia di coppia
	Consulenza di coppia
	Psicoterapia familiare
Consulenza familiare	
Consulenza sessuale	
psichiatra/tossicologo	Consulenza psichiatrica
	Intervento psicofarmacologico
Avvocato	Consulenza legale
Commercialista	Consulenza economico-finanziaria

definizione della gravità del paziente così come da sperimentazione effettuata in alcuni Ser.T, NOA e SMI nel corso del 2011. Il Servizio pubblico individuerà la necessità di prestazioni professionali specialistiche che il paziente e la famiglia potranno ricevere presso Compulsìon, in una logica analoga a quella degli Enti accreditati, erogando quindi il conseguente voucher di spesa. Titolarità e management del caso rimarranno al Servizio inviante, ma le prestazioni verranno erogate da un altro Ente, coordinandosi in rete.



È stata svolta una attività di marketing e pubblicità per far conoscere il progetto.

LIBERI PROFESSIONISTI e ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA (Medici, avvocati, psicologi, commercialisti)

SERVIZI PER LE DIPENDENZE (Sert, SMI, NOA...)

SERVIZI PER LE FAMIGLIE (Consultori, Servizi Sociali Comune...)

SERVIZI DI SALUTE MENTALE (CPS, SPDC...)

SERVIZI SANITARI SPECIALISTICI (MST)

ESERCIZI PUBBLICI (Bar, locali, sale da gioco...)



Il servizio mira, in linea con quanto espresso nella Delibera Regionale IX/3239 alla compartecipazione responsabile degli utenti: la sostenibilità economica deriva dal fatto che le persone, diventano sostenitori diretti del servizio, attraverso la contribuzione di parte del costo del percorso terapeutico. In base al criterio del Fattore Famiglia Lombardo - FFL, che si va definendo a partire dalla legge 2/2012, ai pazienti è richiesto di sostenere direttamente, il percorso di cura, attraverso il pagamento di un contributo forfettario a pacchet-



to o a ticket per prestazione ad integrazione del voucher della Regione, come avviene attualmente in Lombardia per altri servizi socio-sanitari. Questa modalità facilita l'accesso delle persone alle cure, garantisce criteri di equità e implementa l'assunzione di responsabilità e il livello di motivazione da parte dei fruitori.

Recependo le indicazioni della DGR IX/3239 il calcolo del budget è stato suddiviso in due grossi capitoli di spesa: numero di pacchetti di prestazione erogati e costi di gestione indiretti. Nel primo abbiamo contemplato i pacchetti di prestazioni (voucher) che coprono le spese relative alla cura in senso stretto. La contribuzione da parte dell'utenza, copre le spese di gestione delle strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie, erogate a regime di SSN. Nel secondo abbiamo riportato i costi indiretti. Considerata la non ammissibilità di alcuni costi (comunicazione, coordinamento e monitoraggio del progetto) e l'ammontare delle spese fisse necessarie al mantenimento degli standard di qualità, si è pensato di suddividere i vari costi e di ipotizzare come gli stessi potessero essere assunti progressivamente nel triennio, dal cittadino e dai suoi familiari, attraverso una compartecipazione alla spesa fino al 50% del costo complessivo secondo i principi del FFL. I costi indiretti di gestione (utenze, affitto, personale amministrativo e gestionale, assicurazione e materiali di consumo, ecc.) non sono stimati ma sono calcolati con precisione rispetto ad esperienze pregresse di conduzione di servizi ambulatoriali simili a studi privati<sup>1</sup>.

Dopo circa 9 mesi di sperimentazione sono stati aperti 80 "pacchetti".

## AGOPUNTURA SECONDO LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE: STRUMENTO DI CURA NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

### Descrizione di due casi clinici

**Furba P.**, Medico Specialista in Medicina Interna  
Diplomato Agopuntore Responsabile U.O. Rovato Ser.T. 2  
ASL Brescia

**Fasoli M.**, Medico Specialista in Farmacologia Direttore  
Ser.T. 2 ASL Brescia

#### Premessa

L'utilizzo dell'agopuntura unitamente alle terapie usuali divenuta procedura standard in molti programmi di disintossicazione. Risalgono agli anni 70 del novecento le prime esperienze di trattamento con agopuntura nella sindrome da astinenza da eroina da parte di Wen, neurochirurgo di Hong Kong<sup>(1)</sup>. Egli utilizzò la stimolazione elettrica, con correnti a bassa frequenza, in quattro punti del corpo e in due punti dell'orecchio. Il protocollo utilizzato da Wen fu applicato successivamente anche a pazienti con dipendenza da altre sostanze. Da allora numerosi protocolli di trattamento sono stati applicati utilizzando punti di agopuntura somatica ed auricolare. Tuttavia gli studi sugli schemi riflessologici, applicati al tabagismo e alla dipendenza da cannabinoidi, eroina e cocaina, hanno fornito risultati fugaci o contraddittori. Gli schemi fissi basati su auricoloterapia hanno dimostrato di agire in modo sintomatico sulla dipendenza fisica o farmacologica, ma non sui nuclei profondi individuali che inducono dipendenza<sup>(2)</sup>. I meccanismi che spiegano l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della dipendenza si riferiscono a due teorie: l'interferenza con il sistema endorfinergico e l'interferenza con il sistema della ricompensa<sup>(3)</sup>. Secondo la prima ipotesi l'agopuntura allevierebbe i sintomi di astinenza attivando la produzione di endorfine. Ciò ne spiegherebbe l'efficacia nel trattamento dei sintomi di astinenza da oppiacei, ma non nella disintossicazione e trattamento di altre dipendenze e sui tassi di recidiva. In uno studio su pazienti disintossicati con agopuntura, ad esempio, si è rilevato, dopo 12 mesi dalla disintossicazione, un tasso di recidiva di solo il 5% rispetto al 25% dei soggetti trattati con farmaci<sup>(3)</sup>. L'attivazione endorfinergica spiegherebbe quindi solo parzialmente questi risultati. Come è noto, l'utilizzo di sostanze d'abuso e l'instaurarsi della dipendenza è correlata anche a cambiamenti nell'attività dei sistemi dopaminergici che sarebbero alla base del rinforzo positivo alla assunzione della sostanza d'abuso. Sempre all'attività di questi sistemi inoltre sarebbe correlato il consolidamento della memoria con conseguente influenza sulla motivazione a successive esperienze. Le sostanze in grado di determinare tossicomania interagiscono con questi meccanismi fisiologici, alterandone

<sup>1</sup>Si veda Report di ricerca "Psicologi per Milano. Indagine qualitativa sui centri clinici con caratteristiche di Sostenibilità", Ordine degli Psicologi della Lombardia e Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura della Salute del Comune di Milano, marzo/aprile 2012

però la funzionalità anche determinando una progressiva riduzione della produzione dopaminergica fisiologica con conseguente riduzione della sensibilità ai reward naturali. Con il progredire della dipendenza l'assunzione di droga viene mantenuta non solo per alleviare la sofferenza astinenziale ma anche per ridurre quello stato di disforia, irritabilità, ansia, depressione; questo stato è descritto come "craving" o "smania" per la sostanza o comportamento compulsivo ha analogie con condizioni naturali che inducono comportamenti finalizzati alla sopravvivenza dell'individuo o della specie come la fame o il desiderio sessuale. L'agopuntura attiverebbe il sistema di ricompensa portando ad un aumento del neurotrasmettitore dopamina nel nucleo accumbens e nell'amigdala (parti del cervello che determinando un senso soggettivo di benessere) con un effetto anticraving. Dal punto di vista clinico ciò si risolve in una sensazione di benessere e di pace che perdura oltre il tempo della disintossicazione. Numerosi studi randomizzati, controllati e più di 25 revisioni sistematiche e meta-analisi hanno valutato l'efficacia clinica dell'agopuntura anche in altre situazioni cliniche. Questi studi suggeriscono, per esempio, che l'agopuntura sia efficace come antiemetico dopo la chirurgia o la chemioterapia negli adulti, e per la nausea in gravidanza. Buone prove di efficacia esistono anche per l'effetto analgesico, antispastico ed ansiolitico. In uno studio comparso su Archives Internal Medicine del 2007<sup>(4)</sup> vennero confrontati i risultati ottenuti sulla lombalgia con terapia convenzionale, agopuntura e sham agopuntura.

L'efficacia dell'agopuntura risultò quasi due volte maggiore rispetto alla terapia convenzionale e la differenza si mantenne per almeno sei mesi. Uno studio comparso su Neuroimaging del settembre 2009 dimostrò, tramite risonanza magnetica, l'attivazione dei recettori mu per gli oppioidi in determinate aree cerebrali con l'agopuntura ma la sham agopuntura. Sulla base di questi dati abbiamo introdotto l'agopuntura nel trattamento di pazienti tossicodipendenti che presentassero anche sintomi correlati per i quali questa metodica risultò indicata in base alle indicazioni della letteratura medica.

### Metodi

Nella valutazione offerta ai pazienti afferenti alla nostra Unità Operativa è prevista, dal 2011, la possibilità di effettuare, nei casi per cui sussista l'indicazione, l'agopuntura somatica secondo medicina tradizionale cinese (MTC). Le indicazioni sono: 1) presenza di insonnia, ansia, sintomi depressivi per i quali non siano indicati o non siano accettati dall'interessato interventi farmacologici, 2) sintomatologia astinenziale protratta, 3) tossicodipendenza in atto o in remissione, con controindicazioni o inefficacia dell'uso di analgesici per patologie internistiche dolorose o caratterizzate da alterazione della cenestesi quali dismenorrea, sindrome climaterica, cefalea, mialgie, dolore osteoarticolare. Ai pazienti candidati al trattamento vengono illustrati i principi dell'agopuntura per la valutazione della motivazione a seguire la terapia ed a rispettare gli appuntamenti per le sedute e per l'acquisizione del consenso informato. Viene poi posta diagnosi secondo la MTC e vengono effettuate sedute a cadenza settimanale o secondo giudizio clinico. Criteri di valutazione dell'effi-

cacia dell'intervento sono il miglioramento clinico, l'esito degli esami tossicologici, la riduzione dei segni clinici di assunzione, la riduzione dell'ansia, dei sintomi depressivi, del dolore e del consumo di analgesici. Di seguito vengono esposti due casi clinici trattati con agopuntura somatica secondo MTC.

*Caso clinico 1:* M., è una signora di 50 anni inserita in un programma terapeutico territoriale per verificare l'astensione da uso di alcool e poter accedere al trapianto di fegato. M. persona che si descrive libera ed avventurosa all'età di 18 anni va in India, usa oppiacei per via parenterale e si ammala. Per la comparsa di ittero è costretta al rientro in Italia dove viene posta diagnosi di epatite non A non B. M., dopo l'episodio acuto non effettua controlli e mantiene l'uso di oppiacei fino all'età di trenta anni, quando vira verso il consumo di alcoolici. Nel frattempo si sposa e cerca di restare gravida, ma non riesce a concretizzare questo desiderio. Dopo tre anni di insuccessi, nel dubbio di infertilità, si sottopone ad accertamenti. Viene rilevata epatopatia evoluta HCV correlata e sottoposta a terapia con interferone peghilato e ribavirina, con riattivazione della infezione virale alla sospensione del trattamento. Anche un secondo ciclo non ha buon esito. La malattia progredisce ed all'età di 47 anni viene posta diagnosi di cirrosi micronodulare avanzata. La biopsia dimostra cellule tumorali maligne scarsamente differenziate. L'esogagogastroduodenoscopia evidenzia nel tratto distale quattro tronchi varicosi blu di primo grado, esofagite di primo grado, gastropatia ipertensiva portale. Viene sottoposta a chemioembolizzazione con chemioterapici con indicazione di trapianto epatico. Viene messa in lista di attesa per il trapianto ed inviata al nostro servizio per monitorare l'astensione da uso di alcool e sostanze stupefacenti indispensabile per poter accedere all'intervento. All'età di 48 anni compare amenorrea con sintomi fastidiosi riconducibili a sindrome climaterica. La paziente descrive senso di calore che dall'ipogastrio si irradia all'addome, al petto, al collo, al viso, irradiato alla regione dorsale e seguito da sudorazione calda che la lascia profondamente astenica. La sintomatologia si presenta nelle ore notturne e determina frequenti risvegli. Il sonno è popolato da sogni ed a volte da incubi, non è ristoratore e la paziente fatica ad iniziare le attività quotidiane. A volte la sintomatologia si presenta durante il giorno ed è aggravata da senso di mancamento, vertigini soggettive, e necessità di assumere una postura seduta per potersi riposare. Questi episodi impediscono la prosecuzione delle normali attività. Si risolvono spontaneamente dopo 20-30 minuti. Non sono mai stati riscontrati ipoglicemia, ipotensione e/o aritmie. La paziente descrive anche un peggioramento della miopia, comparsa di presbiopia, di secchezza delle mucose e della cute, aumento del peso corporeo, senso di gonfiore addominale ed edemi pretibiali serotini. Al momento della visita è in corso da sei mesi terapia con beta bloccanti per la prevenzione del sanguinamento da varici esofagee. Gli esami ematochimici evidenziano leucopenia, piastrinopenia, aumento delle gamma-globuline, aumento degli indici di citolisi epatica (AST, ALT), aumento della bilirubina e delle GGT, di FSH e LH e diminuzione di E2. Non è stata con-

sigliata terapia sostitutiva ormonale. La paziente è stata sottoposta al questionario individuale PGWB (Psychological General Well-Being Index) il cui risultato evidenzia un indice globale di benessere psicologico emotivo in area di Non Distress ed MMPI-2 con profilo "normale" e quindi assenza di note patologiche. La paziente è stata perciò sottoposta a sette sedute di agopuntura secondo la MTC. Dopo la terza seduta ha riferito riduzione dell'intensità e della frequenza delle sudorazioni notturne e miglioramento della qualità del sonno. Dopo la quinta seduta si nota la regressione anche degli episodi diurni caratterizzati da sensazione di svenimento. Il follow-up effettuato per un anno dal termine del trattamento con agopuntura ha evidenziato la persistenza delle condizioni di miglioramento della sintomatologia riferita al climaterio e la persistenza dell'astensione dall'uso di alcool.

**Caso clinico 2:** GP è un uomo di 48 anni, dipendente da oppiacei e in trattamento da circa 9 anni, con andamento altalenante tra periodi anche lunghi di remissione ed altri di ricaduta pesante. A queste alternanze corrispondono momenti di buon compenso ed altri di netto squilibrio con forte connotazione depressiva. Ciò determina disfunzionamento in ambito relazionale e sociale di cui il paziente si duole ma che non riesce a modificare, scadendo in una spirale d'ansia e di frustrazione in cui GP si sente intrappolato. Durante una di queste ultime fasi, particolarmente durevole e sofferta, GP chiede d'essere sottoposto a terapia con agopuntura. Nell'agopuntura ripone dunque la speranza di un aiuto significativo a rompere questo circuito e a recuperare una condizione di migliore equilibrio. Durante i colloqui riferisce di sentirsi incapace di affrontare e gestire i problemi, anche minimi, del vivere quotidiano, perché pervaso dall'ansia che gli impedisce di pensare o dall'apatia che lo fa scivolare nella passività. In tal modo si sottrae al confronto con gli eventi esterni, ma a prezzo di un vissuto costante di fallimento e sfiducia di sé. Tende al rimuginamento interiore con netta difficoltà a passare all'azione. Anche a livello somatico sono presenti segnali di disagio. Nelle ultime settimane avverte una sgradevole sensazione di gonfiore, soprattutto a livello addominale e degli arti inferiori, con ritenzione idrica e stipsi. Accusa inoltre una riduzione della libido ed eiaculazione ritardata. Il sonno è disturbato, a volte con incubi, mai ristoratore e ne consegue uno stato diurno di impaccio e sopore. Attualmente GP vive con una compagna, non svolge alcuna attività lavorativa e si mantiene coi proventi della recente vendita di un immobile, a cui si aggiunge, saltuariamente, l'aiuto economico da parte dei genitori. È affetto da epatopatia cronica per la quale accettò di sottoporsi a terapia con interferone all'età di 38 e, una seconda volta, dopo recidiva, a 44 anni, con normalizzazione degli indici di citolisi e negativizzazione di HCV-RNA quantitativo. La terapia con interferone determinò un peggioramento della sintomatologia depressiva con ricorso all'uso di oppiacei come automedicazione. L'ecotomografia addominale del marzo 2011 evidenziò epatopatia diffusa ipertrofica di tipo steatosico aspecifico di grado medio con iniziali segni di ipertensione portale e splenomegalia senza ascite, adenopatie all'ilo epatico ed in sede

celiaca di tipo reattivo, colecistolitiasi multipla non complicata e minuto polipo. Quando richiede di essere sottoposto ad agopuntura GP è in terapia con agonisti degli oppiacei (75 mg al giorno di metadone sciroppo) con discreto compenso psicopatologico. È però notevolmente disturbato da probabili effetti collaterali quali sudorazione profusa, riduzione della libido, senso di gonfiore agli arti inferiori e stipsi. L'ECG mostra bradicardia sinusale spiccata con modesto aumento del tempo di ripolarizzazione ventricolare. Questa anomalia elettrocardiografica rappresenta una controindicazione all'introduzione di farmaci antidepressivi per possibile insorgenza di aritmie pericolose. In accordo con GP, spaventato per possibili eventi dannosi cardiaci, si ritiene di introdurre l'agopuntura per migliorare il tono dell'umore, contenere l'uso degli oppiacei e ridurre, qualora la condizione clinica lo consentisse, la posologia del metadone. Il quadro depressivo di GP è confermato dal test MMPI-2 e dal questionario PGWB somministrati prima dell'inizio del trattamento. Dopo cinque sedute di agopuntura, effettuate a cadenza settimanale, GP ha riferito miglioramento dell'umore e risulta astinente da stupefacenti ai controlli tossicologici settimanali. Si riduce pertanto progressivamente la posologia del metadone a 50 milligrammi giornalieri. Ciò coincide con la progressiva riduzione e successiva scomparsa degli effetti collaterali. GP si dichiara soddisfatto di questa scelta terapeutica, che auspicava da molto tempo, in quanto gli effetti indesiderati della terapia erano da lui percepiti come molto fastidiosi. Dopo dieci sedute di agopuntura il bilancio terapeutico risulta pertanto positivo in quanto il tono dell'umore è migliorato come osservato sia soggettivamente che in base al questionario PGWB, la posologia degli oppiacei in terapia è mantenuta a 50 mg, è mantenuta l'astensione dall'uso di sostanze. Dopo 12 sedute ho concluso la terapia. Il follow-up a 12 mesi dal completamento della terapia con agopuntura conferma la situazione di benessere.

### Commento

I casi clinici descritti confermano la possibilità di utilizzare l'agopuntura nel contesto di un trattamento multimodale delle dipendenze patologiche inserendola in un programma riabilitativo completo che comprenda anche la gestione di sintomi riferibili a patologie associate o correlate. Nei casi citati ciò ha conciso, oltre che con una remissione della tossicomania, con un'evoluzione positiva del quadro clinico complessivo perdurante nel tempo e con un rafforzamento dell'alleanza terapeutica. Dal nostro punto di vista quindi l'agopuntura ha rappresentato una metodica terapeutica che accentua la personalizzazione del trattamento e che può utilmente essere associata alle terapie standard aumentandone l'efficacia e/o riducendone gli aspetti negativi anche inducendo una miglior compliance al programma terapeutico.

### Bibliografia

<sup>(1)</sup> Cai Lian, Liu-Zhen Wu, Fei Luo *Neurochem Res*(2008) 33:2013-2022 Review article Acupuncture for the treatment of drug addiction.

<sup>(2)</sup> Carlo Di Stanislao, *La Mandorla* dicembre 2005 *Il concetto di dipendenza: riflessioni in chiave psicologica, sociale e nella prospettiva della Medicina tradizionale cinese.*

<sup>(3)</sup> Sean Scott, William N. Scott *American Journal of Acupuncture: Sample article A Biochemical Hypothesis for the effectiveness of acupuncture in the treatment of substance abuse: acupuncture and the reward cascade.*

<sup>(4)</sup> Michael Haake, Phd, et al. *Arch Intern Med.* 2007;167(17):1892-1898: *Acupuncture Trials (Gerac) For Chronic Low Back Pain: Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups free.*

## COSTRUZIONE, MANUTENZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UNA EFFICACE RETE TERRITORIALE: L'ESPERIENZA DI O.N.D.A.1

Nadia Gennari, *Medico Psicologo Clinico*

F. Bellavia, *Psicologo Psicoterapeuta*

A. Bellini, *Sociologo*

P. D'Elia, *Psicologo Psicoterapeuta*

*Dipartimento Patologie delle Dipendenze TO1 Est /*

*O.N.D.A. 1 (Operatori Nuove Droghe A.S.L. TO1) - Torino*

Il progetto O.N.D.A.1 (*Operatori Nuove Droghe Asl To1*) nasce nel 2001. È rivolto ad un target di giovani dai 14 ai 30 anni, consumatori di sostanze non oppiacee (cocaina e crack, hashish, nuove droghe) e coniuga attività clinica ed attività di prevenzione e promozione sul territorio.

Il mandato di O.N.D.A.1 è quello *di investire sulla conoscenza dei nuovi fenomeni di consumo giovanile* e possiamo illustrarlo con l'immagine dell'*antenna*: un dispositivo che da un lato intercetta segnali e dall'altro li ritrasmette: acquisiamo e ri-trasmettiamo conoscenze cercando di creare cultura sul tema dei nuovi stili di consumo fra gli adulti **competenti** (genitori, insegnanti, educatori, medici di famiglia...) ed anche tra gli operatori dei servizi per le dipendenze; al tempo stesso siamo luogo di cura e trattamento, con il mandato di **intercettare e problematizzare** la domanda sommersa dei giovani consumatori.

Il tipo di mandato così definito rende indispensabile una rete territoriale efficace. Una rete ad alta densità di nodi e di comunicazione tra i nodi stessi permette infatti agli operatori, tra le altre cose, di essere aggiornati sull'evoluzione del mondo dei consumi, di stare in una relazione di reciproco aiuto a modificare/integrare il proprio *modus operandi* ed anche di essere attivamente presenti nei contesti in cui la domanda sommersa può emergere. La suggestiva concezione dell'*atomo sociale* elaborata da Jacob Levi Moreno illustra bene il senso della rete per il nostro servizio: *il gruppo costituisce l'atomo funzionale delle dinamiche sociali e mescolandosi con altri gruppi forma strutture sempre più complesse. Ogni individuo si relaziona con gli altri e questa sua interazione plasma e modifica il comportamento di entrambi.*

### Il "doppio focus"

È ormai consolidata l'idea che i cosiddetti "nuovi" stili di consumo (o meglio di *policonsumo*) ci parlino di un mercato delle droghe che spinge per l'affermarsi di sostanze sempre più compatibili con la quotidianità e con forti valenze ricreative, edonistiche ed in alcuni casi prestazionali, in cui la valenza di *protesta* - tipica invece del mondo dei consumi dei decenni precedenti - pare ormai passata in secondo piano.

Per queste sue caratteristiche si tratta di un consumo trasversale alle generazioni e contiguo ad altri comportamenti come l'abuso di farmaci, il doping, il gioco patologico...

La difficoltà dei nuovi consumatori ad accedere ai Ser.T in quanto servizi vissuti come troppo connotanti, la scarsa circolazione di informazione sui rischi legati al consumo, il difficile riconoscimento della dipendenza generata da tale uso ci hanno portati a costruire un modello di intervento che da una parte ha cercato dei nuovi canali di diffusione delle informazioni e di sensibilizzazione dei consumatori (**l'esterno, contesto territoriale**), dall'altra ha cercato di costruire un polo clinico in modo tale da diventare un punto di riferimento sia per i consumatori che per le loro famiglie (**interno, la cura**).

Nel modello che proponiamo l'intervento sul contesto territoriale e la cura sono strettamente correlati e non possono essere pensati in modo separato (*doppio focus*).

In questa sede focalizziamo gli obiettivi del lavoro sul contesto territoriale:

- aiutare gli adulti ad essere *più competenti* sul mondo delle droghe
- aiutare gli adulti a *percepirsi come antenne* del fenomeno (come punti di una rete di ascolto e lettura del problema)
- aiutare i giovani e gli adulti a conoscere il servizio e mentalizzare la risorsa (*sensibilizzazione*)
- aiutare gli adolescenti e i giovani a comprendere il significato del consumo (*coscientizzazione*)

#### Creazione e manutenzione della rete: aree di intervento

Un punto di partenza fondamentale è stata la **presentazione (ed anche la ri-presentazione in tempi successivi)** di O.N.D.A.1 in **contesti formali**: questo ha permesso da un lato di rendere visibile la risorsa offerta e al tempo stesso di aprire diversi livelli di collaborazione. I nodi della rete con cui siamo entrati in contatto sono molteplici: Ser.T, Servizi di Salute Mentale, Servizi di N.P.I., Assistenti Sociali della Prefettura, comunità per minori, comunità psichiatriche, Servizi Sociali Adulti e Minorenni, Tribunale per i Minorenni di Piemonte e Valle D'Aosta, Tavolo Minori del Comune di Torino, Tavolo multidisciplinare sull'adolescenza della ASL TO1...

Abbiamo inoltre individuato delle *macroaree* come *nodi complessi della rete* su cui andare ad intervenire: area sanitaria, area del privato sociale, area istituzionale, area ricreazionale ed area del web.

#### 1. AREA SANITARIA:

Abbiamo progettato e realizzato momenti formativi su target diversi:

- **Medici di Famiglia:** collaborazione su più livelli e continuativa:
  - formazioni accreditate E.C.M. rivolte ai medici di famiglia della AslTO1;
  - momenti informativi all'interno delle riunioni periodiche delle équipes territoriali dei medici di famiglia dell'ASLTO1 con distribuzione di materiale informativo destinato ai loro studi professionali;

- incontro informativo con giovani pazienti di medici di famiglia presso lo studio di un medico di famiglia.

- **Medici di Famiglia in formazione:** al terzo anno del corso regionale di formazione in medicina generale è stato inserito un modulo su nuove droghe e nuovi stili di consumo condotto dagli operatori di O.N.D.A.1;
- Seminario rivolto a **Medici del Servizio 118**;
- Seminari rivolti a **studenti del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche** dell'Università degli Studi di Torino;
- Incontro pubblico con **studenti in medicina** dell'Università degli Studi di Torino nell'ambito dell'iniziativa organizzata da un collettivo di medici denominata Partycillina.

#### 2. AREA PRIVATO SOCIALE

- Realizzazione di un **progetto di residenzialità breve** (5 giorni) rivolta ai giovani cocainomani (**STA.RE.MO - STAge REsidenziale MOTivazionale**) nell'ambito del Piano Locale per le Dipendenze. Dal 2010 due edizioni l'anno, cogestite con gli operatori del Servizio di Accoglienza Non residenziale *Trip-Out* (della *Coop. Sociale Terra Mia*);
- **Collaborazione con il progetto Care Roma** (progetto di residenzialità breve rivolto a cocainomani primari o policonsumatori) in collaborazione con la *Coop. il Cammino*, la *Coop. Parsec* e le ASL RMF, RMC e l'ASL di Frosinone;
- Interventi di **formazione rivolti ad operatori** di diverse cooperative del privato sociale.

#### 3. AREA ISTITUZIONALE

- Creazione di uno **sportello ONDA1 presso la sede del N.O.T. della Prefettura di Torino**: si tratta di uno spazio informale nella sede del N.O.T. a cui i soggetti, convocati per violazione dell'articolo 75 e che rientrano nel nostro target, possano accedere al termine del colloquio con le assistenti Sociali della Prefettura. Uno spazio - una sorta di *chill out* - in cui è possibile avere chiarimenti e informazioni direttamente dagli operatori (sul percorso proposto, su rischi ed effetti delle varie sostanze anche attraverso la consultazione di materiali informativi) ed eventualmente concordare un appuntamento presso la sede di O.N.D.A.1
- Formazione rivolta agli **operatori del carcere minore Ferrante Aporti** di Torino.
- **Interventi nelle scuole:** laboratori scolastici rivolti a studenti delle Scuole Medie Inferiori e Superiori; laboratori misti genitori/insegnanti/studenti e operatori scolastici; corsi rivolti agli insegnanti; laboratori scolastici nell'ambito del progetto PEGASO (peer education).
- Partecipazione al **progetto regionale EY Dimmi** sulla diagnosi precoce dell'uso di sostanze rivolto alle famiglie: è stato realizzato uno sportello informativo - collegato ad un numero verde: una sorta di luogo "neutro" e non connotato da un punto di vista sanitario dove viene garantita la massima riservatezza. ONDA1 è uno degli sportelli di secondo livello a cui possono essere inviati i ragazzi e le loro famiglie per la diagnosi e l'eventuale presa in carico.

#### 4. AREA RICREAZIONALE

- **Interventi di sensibilizzazione in contesti infor-**

**mali:** organizzazione di un concerto con *Elio (delle Storie Tese)* e produzione del CD live "Gnam Gnam" distribuito gratuitamente ai ragazzi; stand presso concerti e festivals; partecipazione ad alcuni programmi radiofonici; interviste, serate con gruppi parrocchiali.

- Collaborazione col **progetto NEUTRAVEL** (ASLT04, C.N.C.A. e Regione Piemonte), progetto di riduzione del danno e limitazione dei rischi nei luoghi di divertimento come clubs, festivals, goa-parties, street-parade, raves, serate nei centri sociali...

#### 5. AREA WEB

- Adesione a **social network** come modo per farci conoscere, mantenere le relazioni con altri progetti, avere contatti anche informali con i ragazzi, rispondere a domande o richieste d'aiuto in modo anonimo (<https://www.facebook.com/ondauno.torino>).

- Creazione di un **sito web** (<http://onda1.asl102.to.it>) che ci garantisce visibilità nel web e ci permette di diffondere informazioni oltre che rispondere a domande/ricieste d'aiuto in modo anonimo.

## IL SETTING DI GRUPPO COME RISORSA TERAPEUTICA PER GLI ADOLESCENTI ABUSATORI DI SOSTANZE

### L'esperienza clinica della s.s. Penale Minorile del Ser.T 3 della ASL di Milano

**R. Giove**, Medico psichiatra, Direttore S.C. Ser.T. 3 - ASL di Milano

**M. Gonevi**, Psicologa psicoterapeuta. Responsabile s.s. Penale Minorile - Ser.T 3 - ASL di Milano

**R. De Simone**, Psicologa s.s. Penale Minorile - Ser.T 3

**A. Rudelli**, Consulente Criminologo s.s. Penale Minorile Ser.T 3 ASL di Milano

#### Introduzione

La ASL di Milano opera da oltre 10 anni con un proprio servizio specialistico per la realizzazione degli interventi di inquadramento diagnostico multidisciplinare e di presa in carico terapeutico-riabilitativa di minori con procedimento penale abusatori di sostanze stupefacenti e/alcoliche.

Al fine di effettuare un inquadramento diagnostico precoce delle problematiche connesse alle condotte assuntorie (early detection), il primo contatto con il minore può avvenire già dal momento immediatamente successivo al suo arresto e all'accompagnamento al Centro di Prima Accoglienza. Gli interventi terapeutico-riabilitativi avviati a seguito della fase diagnostica sono caratterizzati da differenti tipologie di offerta e vedono il coinvolgimento di psicologi, educatori, assistenti sociali e personale sanitario costituenti l'équipe di caso. Il lavoro che si effettua è necessariamente collocato in una dimensione di rete interistituzionale con i servizi sanitari, sociali ed educativi coinvolti nel complessivo programma disposto a favore del minore, dovendosi realizzare all'interno della cornice caratterizzata dal rapporto con l'Autorità Giudiziaria.

La s.s. Penale Minorile ha una media di oltre 150 nuove prese in carico all'anno di soggetti minorenni e loro famigliari, rappresentando con ciò una esperienza clinico-organizzativa di primaria rilevanza quantitativa e qualitativa sul piano nazionale.

La netta maggioranza dei ragazzi è seguita in programmi territoriali presso le sedi del servizio, essendo minoritaria la quota di pazienti collocati in carcere dall'Autorità Giudiziaria.

Con il presente contributo si intendono esporre nello specifico gli interventi clinici effettuati in setting di gruppo con metodologie e modelli organizzativi differenti in relazione alla specificità dei bisogni rilevati.

#### Pazienti & Metodi

L'adolescente abusatore di sostanze presenta sovente

un funzionamento cognitivo prevalentemente concreto, manifesta difficoltà di mentalizzazione, ha non di rado tratti alestimmici ed esprime tendenzialmente il proprio disagio attraverso l'acting out.

Già nella fase di accoglienza e di prima valutazione delle problematiche connesse alle condotte di abuso, il minore appare sovente timoroso o diffidente della relazione duale con l'operatore del servizio specialistico, tendendo a sottrarsi dalla trattazione profonda dei significati connessi alle condotte assuntorie e rifugiandosi dietro una sorta di 'banalizzazione' delle proprie esperienze con le sostanze stupefacenti. Per tali motivi può risultare difficile impostare un lavoro clinico in quanto vi è sostanziale assenza del riconoscimento di un malessere e di una richiesta di aiuto.

Per favorire l'alleanza terapeutica, per rinforzare la sostituzione del rapporto fiduciario tra operatore e minore, nonché per consentire al ragazzo di avviare un processo comunicativo nel quale potersi rappresentare, si è considerata preziosa la risorsa del setting di gruppo.

Nello spazio plurale costituito dalla condivisione tra pari, si è osservata la dinamizzazione delle relazioni tra operatori e giovani pazienti, potendo permettere ai ragazzi di accedere ad una dimensione di comprensione ed elaborazione di tematiche attinenti alla dimensione dell'aiuto e del benessere, nonché all'acquisizione di nuove competenze relazionali e alla introduzione a rinnovati assetti mentali.

In tal senso, il setting di gruppo costituisce una esperienza clinica che apre a prospettive terapeutiche altrimenti impercorribili e che rappresenta già di per sé un intervento in grado di modificare le condizioni psichiche, relazionali e soggettive dei minori coinvolti. Occorre peraltro rilevare che per molti adolescenti la partecipazione alle attività di gruppo costituisce una proposta di presa in carico da loro sovente preferita e ben accolta rispetto alla classica presa in carico individuale.

La s.s. Penale Minorile ha testato e messo a regime cinque tipologie di gruppo differentemente caratterizzate che, al di là delle specifiche metodiche conduttive poste in essere, sono accomunate dalla posizione attiva assegnata ai ragazzi, i quali sono valorizzati nelle loro biografie e resi protagonisti dell'esperienza grup-pale evitando una loro collocazione passiva.

Tali tipologie di gruppo sono:

- 1) gruppo "Salute dentro e fuori", condotto da educatori, assistenti sociali e personale sanitario, effettuato all'interno dell'Istituto Penale per Minorenni rivolto alla partecipazione di circa 12 ragazzi, realizzato in programmi di sei incontri ciascuno e caratterizzato da moduli educativi di informazione, di prevenzione secondaria sull'uso di sostanze stupefacenti e di educazione alla legalità, nonché da moduli sanitari sull'igiene e la cura di sé;
- 2) gruppo psicologico interno all'Istituto Penale Minorile, condotto da due psicologhe rivolto alla partecipazione di circa 6 ragazzi, realizzato in 'ciclo aperto' (ogni incontro costruisce gli oggetti elaborativi dell'incontro successivo, in assenza di un programma per 'step'), volto a favorire l'emersione delle esperienze di abuso di sostanze stupefacenti in ragazzi che sono nella posizione di 'attesa' degli

esiti giudiziari, aprendo alla elaborazione collettiva dei fattori di rischio, rinforzando istanze di cambiamento e favorendo l'emersione dei vissuti introspettivi anche con l'ausilio di artefatti iconografici;

- 3) gruppo psico-educativo esperienziale "Spazio Blu", condotto da una psicoterapeuta e da un'educatrice, rivolto alla partecipazione di circa 6 ragazzi, realizzato in programmi di otto incontri presso la sede territoriale del servizio alternati alla fruizione di iniziative esterne; è ispirato al concetto "dell'azione parlante" di Racamier ove l'azione e gli oggetti hanno un valore transazionale e fungono da tramite e per accedere al mondo delle emozioni e dei vissuti;
- 4) gruppo "Salute dentro e fuori", rivolto alla partecipazione di circa 8 ragazzi, effettuato presso la sede territoriale del servizio, condotto da educatori, assistenti sociali e personale sanitario, nel quale oltre ai moduli già indicati per la stessa tipologia di gruppo svolta in Istituto Penale, si effettuano anche azioni di accompagnamento dei ragazzi al Consultorio Familiare e al servizio Malattie Sessualmente Trasmesse, nonché accompagnamento alla conoscenza e alla fruizione delle risorse territoriali (es. Biblioteca, Centri di Aggregazione, Informagiovani);
- 5) gruppo psicologico Spazio Blu effettuato presso la sede territoriale con la partecipazione di circa 6 ragazzi impegnati in programmi educativi e trattamenti esterni al carcere disposti dall'Autorità Giudiziaria, modulato a 'ciclo aperto', indirizzato alla progressiva mentalizzazione degli agiti comportamentali e al rinforzo delle capacità di gestione e controllo delle condotte a rischio.

## Risultati

Nel 2012 ad oggi, oltre 98 ragazzi diversi sono stati coinvolti nelle attività di gruppo.

In molti casi, la partecipazione alle attività di gruppo ha consentito di dinamizzare il rapporto terapeutico individuale sostenendo la rinnovata richiesta di cura e l'adesione al programma riabilitativo; in altri casi la partecipazione alle attività di gruppo si è posta in termini adeguati a rappresentare il setting terapeutico prevalente del minore, pur sempre monitorato dal punto di vista sanitario e sociale.

Nei confronti di tutti i ragazzi fruitori delle attività di gruppo, è regolarmente redatta una relazione clinica esplicativa dell'esperienza effettuata e degli esiti terapeutici conseguiti, sia sotto il punto di vista dell'assetto psichico che delle modificazioni relazionali che degli esiti educativi e comportamentali conseguiti.

Si dispone quindi di ampia documentazione clinica, peraltro allo stato attuale sottoposta a studio nell'ambito di una tesi di laurea in corso presso la cattedra di Criminologia dell'Università degli Studi di Milano.

Si può quindi senz'altro affermare che il setting di gruppo, posto come tipologia d'offerta stabile e diversificata per gli adolescenti abusatori di sostanze, costituisce un modello d'intervento innovativo che può caratterizzare organizzativamente i servizi per le dipendenze favorendo il loro aggancio con i giovani, facilitandone la presa in carico e rinforzando la realizzazione dei programmi terapeutici individuali.

## DOLORE CRONICO BENIGNO E DIPENDENZA DA ANALGESICI OPPIOIDI

### Descrizione di un caso clinico

Fabio Guerrini, medico

Maria Rosa Giangualano, psicologa

Ser.T Corsico Asl MI 1

La Legge 38/2010 ed, in parte, il precedente Allegato III-bis- "Trattamento del dolore severo" (Legge 12/01), segnano un passo importante nell'accesso alle terapie del dolore (comma b art 2 della L.38) anche nelle patologie a prognosi non infausta che, tuttavia, impongono ai malati di convivere con uno stato di dolore protratto che mina severamente la qualità della vita per le conseguenze relazionali, sociali, affettive e lavorative. L'uso di morfina o di suoi derivati ad effetto analgesico costituisce, quindi, un utile presidio terapeutico e segno di progresso medico-scientifico e legislativo. Una più efficace gestione della terapia del dolore cronico diviene anche economicamente competitiva poiché la spesa nazionale annua dovuta agli stati di dolore cronico si riflette in tre milioni di ore lavorative perse ed interessa circa il 20% della popolazione adulta. Nel 2007 circa 75 milioni di Europei avrebbero sofferto di dolore cronico benigno. Solo il 7-10% dei casi di dolore cronico è causato da patologie oncologiche.

Non si può tuttavia sottovalutare, come già accaduto per molti farmaci psicoattivi, per gli steroidi o alcuni beta-bloccanti, che al corretto uso medico si affianchi il rischio di un uso improprio oppure *off-label*, a fini voluttuari e ricreazionali o *dopanti*, soprattutto in un momento storico di ampia mutevolezza dei "consumi" e di elevata sperimentazione di sostanze "legali" da parte delle generazioni più giovani. In particolare recenti informazioni (presenti anche su stampa non specialistica) relative ai farmaci analgesici evidenziano che nel Nord d'America essi (definiti *painkiller*) vengono assunti quali surrogato legale per la ricerca di una sorta di "sballo calmo" che ha provocato 15000 decessi negli ultimi 10 anni; in Gran Bretagna le prescrizioni sono quadruplicate ed il commercio illegale degli analgesici oppioidi è in crescita. L'Italia ha una tradizione ed una legislazione diverse in merito all'utilizzo di questi farmaci tuttavia non è da escludere che ci si possa ritrovare, a breve o a medio termine, di fronte ad una consistente diffusione di farmaci *painkiller* quali Ossicodone, Fentanil, Idrocodone, che appaiono, agli occhi del consumatore "ricreazionale", meno compromettenti dell'eroina o del Metadone.

Se nel passato l'attenzione medico-scientifica non era particolarmente polarizzata sui rischi di dipendenza e su quelli di *overdose* degli analgesici oppioidi, giudicandoli entrambi molto contenuti poiché correlati al solo uso terapeutico, nel presente si devono riconsidere

rare entrambi i rischi, acuto e cronico: il primo riferito all'uso improprio o "misuso", il secondo all'uso protratto, pur mediato da prescrizione medica. Diviene così realistico inquadrare tre possibili scenari futuribili che potrebbero presentarsi ai Servizi per le Dipendenze: il primo rappresentato da soggetti utilizzatori di varie sostanze psicoattive che ricercano una gratificazione "acuta" o una sorta di anestesia emozionale mediante farmaci *painkiller* associati ad altre "sostanze"; il secondo da soggetti con dolore cronico o ricorrente che, utilizzando tali farmaci, potrebbero sviluppare una dipendenza dai medesimi; infine un terzo gruppo rappresentato da soggetti già in carico ai Servizi per le Dipendenze che assumono farmaci oppioidi per esigenze analgesiche, creando qualche criticità nella gestione della terapia farmacologica per le interazioni recettoriale e/o farmacologica con Metadone, Buprenorfina o altri farmaci.

Si potrebbe discutere sulla competenza dei Ser.D a prendere in carico tutte e tre queste tipologie di soggetti poiché non vi è dubbio che almeno una di esse - pazienti con dipendenza legata a dolore cronico benigno - potrebbero anche essere trattati altrove. Tuttavia una riflessione approfondita dovrebbe anche tenere conto della esperienza dei Ser.D acquisita in anni di trattamento farmacologico e psico-sociale delle dipendenze; della loro capacità di lavorare in "rete" con numerosi altri soggetti istituzionali e non; infine della loro duttilità organizzativa e clinica non solo nel fronteggiare la mutevolezza dei "consumi" ma anche di offrire le proprie prestazioni ad una utenza non necessariamente connotata da aspetti di devianza correlati alla tossicomania. (come, del resto, già accade per il G.A.P.).

In questa prospettiva si inserisce il caso clinico qui descritto, un caso relativo alla presa in carico di una paziente (pz) che, sottoposta ad una pregressa terapia del dolore per patologia oncologica, ha evidenziato, a fronte della remissione completa della medesima patologia, una dipendenza protratta da farmaci analgesici ben declinata nelle caratteristiche di compulsività, astinenza e tolleranza. Come si descriverà in seguito, l'età della pz, la concomitanza di patologie comuni nella senescenza (diabete, ipertensione arteriosa), il tipo di approccio psicoterapico, nonché la necessità di coordinare gli interventi terapeutici del Ser.T con quelli di altri Servizi specialistici, hanno rappresentato aspetti peculiari e non comuni rispetto alla pratica clinica di un qualunque Sert e hanno condizionato la gestione del caso clinico ed il raggiungimento dell'obiettivo desiderato che era quello di contenere la dipendenza della paziente dai derivati morfina mirando non tanto ad una cessazione della loro assunzione quanto al rispetto di un "range" terapeutico raccomandato.

#### Caso clinico

Alla fine del 2011 l'Ambulatorio di Terapia del Dolore di un importante ospedale milanese prendeva contatto con il Sert di Corsico per inviare una pz di 66 anni, affetta da farmacodipendenza da Fentanil cps ad assorbimento oromucosale, assunta in quantità di 5400 mcg die contro una prescrizione di 2400/3600 mcg. In particolare l'assunzione del farmaco (cps da 600 mcg), dispensato solo "al bisogno" (a.b.) in caso di episodi



dolorosi acuti, veniva assunto dalla pz ad intervalli di 2-3 ore ed indipendentemente dalla presenza o meno di sintomatologia. Quest'ultima poteva essere motivata dalla pregressa resezione anorettale cui era stata sottoposta 8 anni prima a causa di un carcinoma, tuttavia, a parere dei medici invianti, non vi erano dati oggettivi che giustificassero il ricorso sistematico della pz all'analgesico e ritenevano verosimile che ella avesse sviluppato una dipendenza da esso.

Dal 2005 l'Ambulatorio di Terapia del Dolore trattò la pz secondo uno schema composto da un oppioide a media/lenta cessione - 24/96 ore -; un oppioide da assumere a.b. a rapida azione antalgica; infine da farmaci "adiuvanti" per agire sulle componenti neurogena e psicogena del dolore. Il programma farmacologico impostato subì numerose modifiche a causa del persistere del dolore residuo riferito dalla pz: Morfina in diverse formulazioni, Metadone, Ossicodone cloridrato, Buprenorfina furono alternati per l'azione analgesica prolungata; Morfina e Fentanil in varie vie di somministrazione - sc, im, os,- per l'assunzione a.b.; Gabapentin, Benzodiazepine, Pregabalin, cortisonici, FANS quali adiuvanti della terapia analgesica. Al momento dell'invio al Ser.T la pz assumeva, oltre al Fentanil 600 mcg a.b., Buprenorfina per cessione transdermica 140 mcg /ora ogni 96 ore e lamentava, inoltre, cefalea intensa in occasione di ogni applicazione di Buprenorfina, seguita da un miglioramento dopo circa 48 ore dalla applicazione del cerotto e da una nuova recrudescenza dopo l'applicazione del successivo. Al Ser.T la pz fu sottoposta ad un inquadramento diagnostico dal quale si evinceva dipendenza da oppioidi per franca presenza di astinenza, tolleranza e appetizione compulsiva per il Fentanil; agitazione psichica, tremori, irrequietezza durante le fasi astinenziali erano ben descritti anche dai familiari. Durante il giorno la pz usciva raramente di casa e teneva quasi costantemente tra le labbra il *dispenser* monouso del farmaco. L'*habitus*, ai primi colloqui, evidenziava una moderata deflessione del tono dell'umore (atteggiamenti posturali, eloquio, reattività alle domande poste). Oltre alla patologia oncologica di 8 anni prima ed ai suoi esiti emergevano, dall'anamnesi, ipertensione arteriosa e diabete in buon compenso farmacologico.

I primi provvedimenti terapeutici adottati al Ser.T furono di revisione ed analisi dei farmaci assunti, delle modalità di assunzione (orari rispetto ai ritmi circadiani, insorgenza del dolore riferito, ecc.) e di counselling psicologico. Successivamente, in stretto accordo con l'Ambulatorio inviante ed al fine di indurre un allungamento degli intervalli tra una dose di Fentanyl e la successiva, si integrò la terapia con una benzodiazepina (Lorazepam 1 mg x 2 die) ed un SSRI - Escitalopram cps 10 mg die- nel tentativo di contrastare la sindrome ansiosodepressiva e fronteggiare la componente psicogena del dolore locale che la pz riferiva ancora presente. Nei primi mesi di trattamento (60-90 gg) l'intervallo di assunzione di Fentanil si riposizionava gradualmente intorno alle 4 ore, come desiderato (3600-4200 mcg die). Tuttavia, per il persistere della cefalea imputabile al cerotto transdermico di Buprenorfina, si concordava la riduzione del dosaggio di tale farmaco. In seguito a tale provvedimento, l'intensità della cefalea

si riduceva significativamente tuttavia la pz riprendeva l'assunzione di Fentanil ogni due ore. Dopo l'ulteriore consulto con l'oncologo, si concordava di sostituire la Buprenorfina transdermica con un nuovo oppioide a lenta cessione transdermica (Ossicodone 20 mg ogni 12 ore e, dopo 30 giorni, ogni 8 ore) e di sostituire il Fentanil ad assorbimento oromucosale con Fentanil in altra formulazione (cps sublinguali al dosaggio di 400 mcg secondo una titolazione iniziale di 1600-2000 mcg), ritenendo terapeutico interrompere anche la ritualità e la gestualità associate alla assunzione del farmaco concedendo alla pz di ricorrere alla formulazione oromucosale (cps 400 mcg) non oltre 1-2 volte al giorno. Nel volgere di pochi mesi la pz abbandonava autonomamente la formulazione in compresse sublinguali riprendendo autonomamente l'assunzione del Fentanil a cessione oromucosale ad intervalli di due ore per un totale di circa 4400 mcg die (solo la notte riusciva a ritardare l'assunzione a 4 ore) poichè riferiva di trarre beneficio solo da quella specifica formulazione. Ulteriori tentativi con esiti trascurabili sono stati intrapresi introducendo altri "adiuvanti" (Pregabalin e Gabapentin). Successivamente la pz abbandonava i colloqui di sostegno psicologico ritenendoli inutili. A dicembre 2012 chiedeva di rimanere in carico al Ser.T per un monitoraggio mensile della terapia farmacologica, riconoscendo un soggettivo miglioramento del proprio tono dell'umore, forse legato all'Escitalopram ormai assunto da tempo. Il monitoraggio e la possibilità di avere un riferimento medico facilmente reperibile al Ser.T tranquillizzavano la pz stimolandola ad un nuovo tentativo di dilazionare le assunzioni di Fentanyl progressivamente di 10-15 minuti ogni due settimane fino a tutt'oggi con accettabili risultati. A ciò ha contribuito anche l'attività informativa sul rapporto rischi-benefici degli analgesici oppioidi proposta di frequente alla pz, incoraggiata a raggiungere con gradualità l'obiettivo proposto (riduzione numero di assunzioni di Fentanyl da 11 a 9 /die - da 4400 a 3600 mcg). Il *follow up* oncologico è stato sempre negativo per secondarismi o ripresa locale neoplastica. I colleghi oncologi rinnovano tuttora le diffuse perplessità in merito alla effettiva presenza di accessi dolorosi tali da richiedere una assunzione dell'analgesico così frequentemente.

### Discussione e conclusioni

L'uso di oppioidi analgesici a scopo ricreazionale, secondo i dati di altri paesi, sembrerebbe in ascesa. In Italia, dove la loro prescrivibilità farmaci era limitata alle cure palliative, sono stati ammessi (L-38/2010) anche per il dolore cronico (benigno) che in Europa affligge circa 75 milioni di persone. È plausibile, quindi, attendersi una loro diffusione sia sul mercato legale, correttamente prescritti, sia su quello illegale nel recente contesto di policonsumo e polisperimentazione. Tra le tipologie di potenziali pz dei Ser.D, oltre ai consumatori "ricreazionali" non è escluso, ed il caso presente sembra attestarlo, che vi possano essere anche soggetti affetti da dolore cronico benigno che sviluppino, in tempi variabili, dipendenza di significativa rilevanza clinica. Tali casi, benchè peculiari e complessi, potrebbero stimolare un ulteriore livello di specializzazione dei Ser.D.

## LA GOVERNANCE DEL SISTEMA TERRITORIALE

### Una sperimentazione in una ASL lombarda in tema di "Cronicità" nel settore delle Dipendenze Patologiche

Alfio Lucchini<sup>^</sup>, Gioacchino Pezzoli\*,  
Elena Chiarion\*\*, Donatella Crescini<sup>^^</sup>,  
Davide Mascaro<sup>°</sup>, Salvatore Tagliata<sup>^^^</sup>

<sup>^</sup>psichiatra, direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

\*pedagogista, fondatore e legale rappresentante Coop. Promozione Umana ONLUS

\*\*psicologa, Coop. Sociale Promozione Umana ONLUS

<sup>^^</sup>educatrice professionale, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

<sup>°</sup> dottore di ricerca, economista aziendale

<sup>^^^</sup> medico, direttore Sociale, ASL Milano 2

#### Premessa

La realtà complessa e problematica delle Dipendenze per sostanze legali ed illegali si trova ad oggi ad affrontare il problema della cronicità relativa ad utenti di età adulta che da tempo sono inseriti in Progetti di recupero che non hanno trovato esito positivo nel senso di una collocazione sociale autonoma.

Un aspetto quindi con cui sia il Servizio pubblico che il Privato sociale devono confrontarsi è quello della "inguaribilità" della persona, riassumibili con il perdere di aspetti di criticità rilevanti, nonostante i ripetuti interventi e progetti trattamentali mirati.

La Dipendenza per sostanze legali ed illegali, in primis tossicodipendenze e alcoldipendenze, possono inserirsi oggi anche in questo contesto.

Per buona parte di questi utenti "anziani" l'obiettivo del recupero e del reinserimento sociale-lavorativo-relazionale va ripensato.

Non può essere per tutti quello della completa guarigione, del recupero dell'autonomia, della piena e completa capacità lavorativa.

La condizione generale della persona con problemi di abuso da sostanze legali ed illegali, le possibili complicazioni di tipo psicosociale, la storia sanitaria con le patologie annesse, generano di fatto situazioni di cronicità, rispetto alle quali gli operatori dei Servizi rischiano di vivere una situazione che definiremmo di "impotenza".

Ci pare importante che venga riconosciuta a questi utenti cronici la "non autosufficienza".

Per questo motivo il progetto sperimentale, promosso dalla Cooperativa Sociale "Promozione Umana Onlus", sviluppato insieme al Dipartimento Dipendenze della ASL Milano 2, e finanziato dalla Regione Lombardia, è stato pensato ed avviato per questa "nuova" tipologia

di utenza che si trova in situazioni di complessità a cui è stato offerto uno spazio abitativo e un tempo nei quali è stata riconosciuta la "condizione di cronicità".

#### Analisi della domanda

In merito alla popolazione target potenziale, questa è la situazione nel territorio della ASL Milano 2: nel periodo 1.01.2008 - 31.12.2012 le Comunità Terapeutiche (CT) hanno avuto 1.137 ospiti di cui 27 femmine (2%) e 1.110 maschi (98%).

Di tutti gli ospiti 1.002 hanno usufruito di un trattamento terapeutico riabilitativo e 178 hanno usufruito di un trattamento specialistico, tenendo presente che 43 soggetti (pari al 3,8% del totale ospiti) hanno usufruito di entrambi i trattamenti.

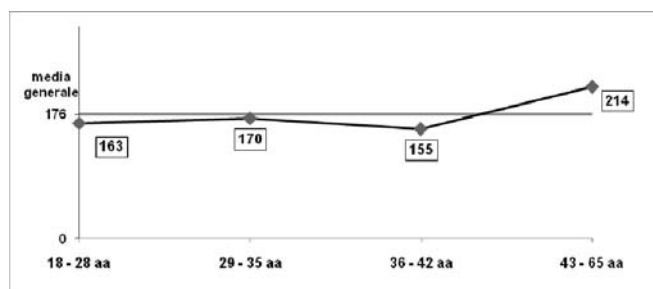
Tabella 1 - Analisi della Domanda

Fasce d'età	Distribuzione soggetti per fasce d'età valore percentuale	Media giorni/ospite periodo 2008 - 2012
18 - 28 aa	24%	163
29 - 35 aa	25%	170
36 - 42 aa	26%	155
43 - 65 aa	25%	214
<b>media generale</b>		<b>176</b>

Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 su TOX 1

Secondo la tabella 1, l'età è stata calcolata alla data del primo ingresso in una CT dell'ambito territoriale nel periodo considerato.

Grafico 1 - Media giorni/ospite periodo 2008-2012



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 su TOX 1

Dal grafico 1, la media generale è pari a 176 giorni/ospite, mentre calcolando il valore medio per fasce d'età, il dato evidenzia la media di giornate/ospite più elevata è quella relativa alla popolazione "più anziana", quella con fascia d'età 43 - 65 aa, che registra un delta superiore alla media generale pari a circa il 22%; per le altre fasce d'età le medie sono invece inferiori alla media generale, rispettivamente del 7% per la fascia 18-28 aa, del 3% per la fascia 29-35 aa e del 13% circa per la fascia 36-42 aa.

Gli ospiti ricompresi nella fascia "più anziana" 43-65 aa sono 249.

Analizzando questa fascia, come da tabella 2, vediamo come la mediana si colloca a 47 anni (n. 33 ospiti). Interessante vedere come la metà circa dei soggetti a

sinistra della mediana si concentra nella fascia d'età 43 - 46 aa, mentre l'altra metà circa dei soggetti che si colloca a destra della mediana si distribuisce nella fascia d'età 44 - 65 aa.

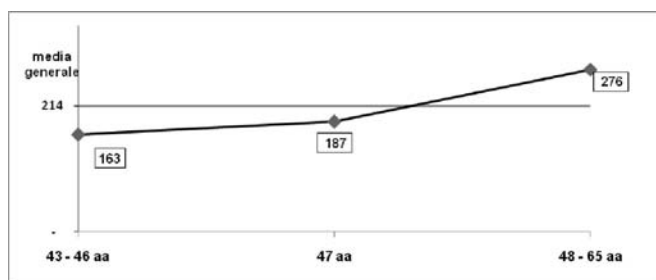
Tab. 2 - *Analisi della distribuzione degli ospiti ricompresi nella fascia d'età 43-65 aa*

Fasce d'età	Distribuzione soggetti per fasce d'età valore percentuale	Media giorni/ospite periodo 2008 - 2012
43 - 46 aa	45%	165
47 aa	13%	187
48 - 65 aa	42%	276
<b>media generale</b>		<b>214</b>

Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 su TOX 1

Il grafico successivo evidenzia come la maggior residenzialità degli ospiti sia per quelli di età  $\geq$  a 48 anni, con un delta superiore di giornate/ospite rispetto al valore medio generale (214 gg/ospite) di circa il 29%.

Grafico 2 - *Media giornate/ospite periodo 2008-2012 degli ospiti ricompresi nella fascia d'età 43-65aa*



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 su TOX 1

Dall'analisi è realisticamente possibile ipotizzare come la popolazione target potenziale per l'unità di offerta sperimentata sulla cronicità sia quella con **età uguale o maggiore ai 48 anni**.

### La tipologia di offerta sperimentata

La tipologia di offerta definita dal progetto sperimentale è di tipo sociosanitario ed è rivolta agli ospiti con esiti di cronicità legati alla dipendenza da sostanze legali ed illegali, ovvero con difficoltà di reinserimento sociale occupazionale e territoriale, e con una storia di presa in carico da parte dei servizi delle dipendenze, sia ambulatoriali che residenziali.

Lo scopo della nuova tipologia di offerta è di offrire l'opportunità di una soluzione abitativa "protetta", dove l'obiettivo è far raggiungere, laddove sia possibile, spazi maggiori di autonomia ed indipendenza (compresa una maggiore responsabilizzazione dell'utente), con un'integrazione nella società, nel rispetto delle reali capacità e limiti dell'individuo.

Non è rivolta a persone che richiedono l'impegno massiccio di personale assistenziale dedicato, interventi di elevata intensità assistenziale e sanitaria ivi compresa la necessità di avvalersi di apparecchiature di tecnologia complessa. In base alle caratteristiche della unità di

offerta, gli ospiti usufruiscono a pieno titolo di tutti i servizi delle rete sanitaria, sociosanitaria e sociale della rete regionale e/o nazionale.

Il benessere fisico e psichico dell'ospite, viene conseguito attraverso:

- una soluzione abitativa di dignità e di qualità;
- l'esclusione dall'isolamento e dall'impoverimento delle relazioni;
- la prevenzione delle complicanze;
- il mantenimento delle abilità acquisite;
- il supporto nell'organizzazione delle attività quotidiane (lavorative/occupazionali, ludico-ricreative/tempo libero);
- il monitoraggio dello stato di salute.

Gli interventi e le attività svolte all'interno di differenti aree di intervento terapeutico, garantiscono la continuità assistenziale e la gestione della cronicità.

La "protezione" offerta è di tipo logistico-abitativa, in quanto non presenta barriere architettoniche ed è predisposta per offrire all'utenza spazi adeguati per la vita quotidiana; è di tipo alimentare, in quanto garantisce l'applicazione di regimi alimentari per gli utenti; è di supporto relazionale garantito dal personale; è di tipo reddituale, in quanto tutela l'utente nella gestione del proprio reddito attraverso l'amministratore di sostegno, laddove l'ospite non è in grado di provvedere alla gestione; infine è di tipo assistenziale medico, dove la figura del case manager è individuata nel Medico di Medicina Generale (MMG), il quale garantisce l'assistenza medica e si interfaccia con i servizi sanitari di secondo livello (specialistica territoriale e ospedaliera).

### Analisi della tipologia di offerta

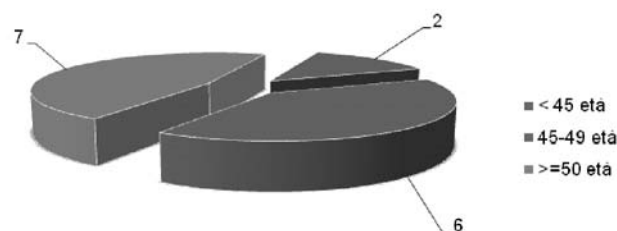
Il progetto ha riguardato le seguenti due Unità di Offerta abitative di Promozione Umana "Maria Madre dell'Amore" di Peschiera Borromeo (MI) da n. 8 pl e "Maria Madre della Pace" di San Donato Milanese da n. 7 pl. Strutturalmente le stanze sono singole o a 2 letti, ognuna con bagno proprio; non sono presenti barriere architettoniche.

Allo stato attuale sono rispettati gli standard di accreditamento per le Comunità alloggio con ospiti non superiori a 8 pl.

Ad oggi il flusso degli ospiti è stato di 17 persone e di queste una ha abbandonato il progetto e un'altra è passata ad una situazione più emancipativa (abitazione propria).

Attualmente quindi gli ospiti presenti sono 15 di cui 14 maschi e 1 femmina.

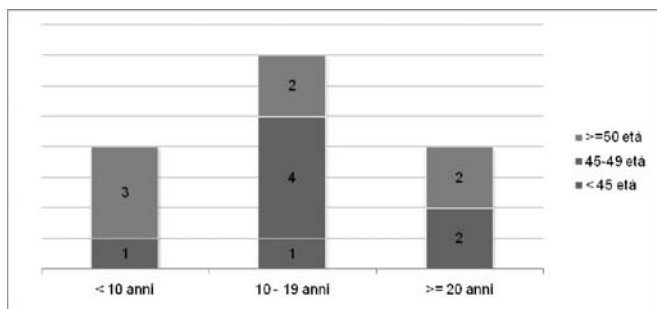
Grafico 1 - *Distribuzione utenti per fascia d'età*



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

È subito evidente come gli ospiti di età minore o uguale ai 50 anni siano poco meno del 50%, così come la fascia d'età 45 - 49 appare altrettanto numerosa.

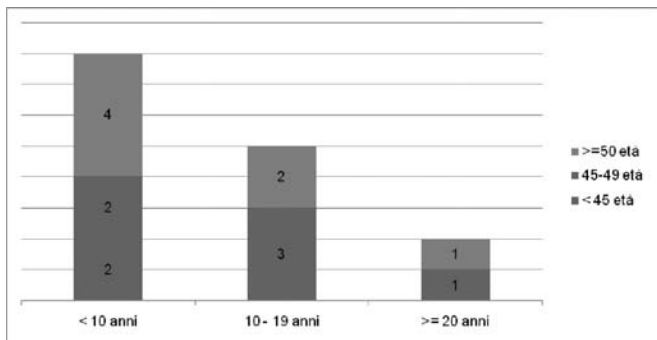
Gráfico 2 – Numero utenti per primo contatto con i servizi per fasce d'età



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

Il gráfico 2 illustra da quanti anni ogni ospite ha avuto il primo contatto con un servizio dell'area dipendenze. Degli ospiti più anziani ma con una storia di servizio più recente, 3/5 hanno avuto problemi di alcolismo quindi con già una storia di grave compromissione al momento dell'incontro con i servizi che, come evidenziato nel gráfico seguente (gráfico 3) coincide di fatto con il 1° contatto e con il sistema delle comunità terapeutiche.

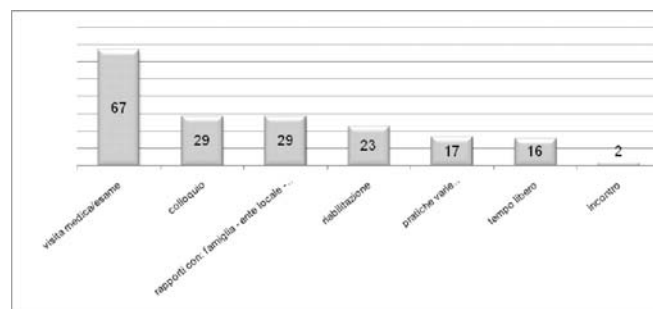
Gráfico 3 – Numero utenti per primo inserimento in CT per fasce d'età



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

Nel semestre marzo-agosto 2012 sono state monitorate le "prestazioni" erogate agli ospiti. Il monitoraggio ha avuto la finalità di pesare gli operatori coinvolti nella sperimentazione sia in termini di tipologia che di monte ore. I gráficos seguenti descrivono gli esiti del monitoraggio; alle prestazioni indicate vanno aggiunti i gruppi quindicinali tenuti dallo psicologo, con la presenza anche degli altri operatori.

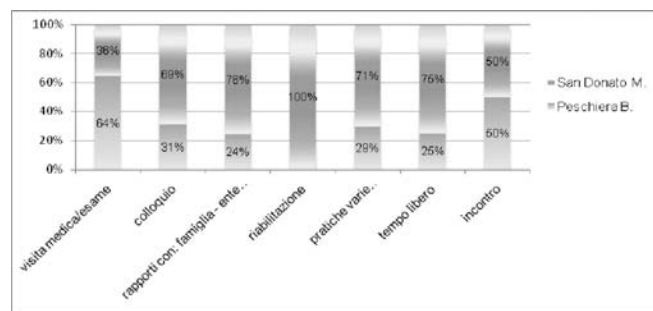
Gráfico 4 – Ripartizione percentuale delle prestazioni erogate nel semestre marzo-agosto 2012



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

Il colloquio è una prestazione attribuita solo allo psicologo. Le prestazioni si riferiscono ad entrambe le UdO.

Gráfico 5 – Prestazioni erogate per tipologia e per UdO nel semestre marzo-agosto 2012



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

Il 62% delle prestazioni è rivolto agli ospiti dell'Unità di Offerta di San Donato, in quanto unità di offerta con maggiori aspetti di protezione. Il gráfico 5 evidenzia la ripartizione percentuale di ogni tipologia di prestazioni per le 2 UdO.

I gráficos seguenti 6 e 7 confrontano le prestazioni effettivamente ricevute da ogni ospite nel semestre.

Gráfico 6 – Numero prestazioni/ospite nel semestre marzo-agosto 2012 – UdO Peschiera Borromeo

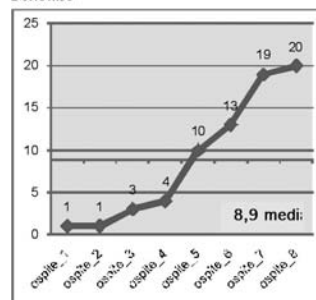
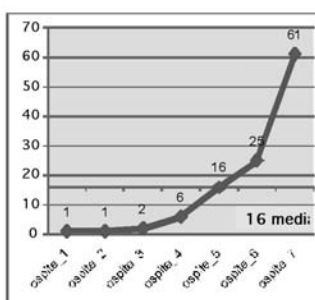


Gráfico 7 – Numero prestazioni/ospite nel semestre – UdO San Donato Milanese



Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

Anche in questi gráficos non sono considerati i gruppi quindicinali (2 ore/gruppo) tenuti dallo psicologo in quanto prestazione a regime, essenziale per monitorare le dinamiche di gruppo e funzionale al mantenimento di

un clima di benessere ambientale.

Dal numero e dalla tipologia di prestazioni erogate nel semestre, per ogni UdO di 7/8 pl, l'ipotesi di risorse di personale è la seguente:

Tabella 1 – *Ipotesi impiego personale*

Tipologia personale	Ipotesi impiego
<b>N. 1 psicologo</b>	2 ore/sett (media)
<b>N. 1 operatore socio educativo</b>	19 ore/sett
<b>N. 2 operatori residenti</b>	a tempo pieno

Fonte: elaborazioni Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2

Tutti gli ospiti, ad eccezione di uno con problemi di mobilità, hanno impegni individualizzati, secondo la seguente tabella.

Tabella 2 – *Numero ospiti per attività individuali delle UdO del progetto nel semestre marzo-agosto 2012*

Attività individuali	Peschiera Borromeo	San Donato Milanese	Totale
<b>Inserimento protetto TP</b>	3	2	5
<b>Inserimento protetto PT</b>	2	1	3
<b>Attività ergoterapiche/attività di volontariato (es. guardaroba)</b>	3	3	6
<b>Compatibilmente con le condizioni di salute</b>		1	1
<b>Totale</b>	8	7	15
<b>Attività di tempo libero</b>	6	3	9

Fonte: Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

### Profili professionali

Nella unità di offerta sono presenti le seguenti figure professionali: psicologo, operatore residenziale e operatore socio-educativo.

**Psicologo.** Garantisce la supervisione del gruppo ospiti attraverso incontri di gruppo e colloqui individuali.

**Operatore residenziale.** Garantisce la presenza notturna nella struttura. Garantisce la presenza diurna nella struttura compatibilmente con la presenza degli ospiti anche con l'eventuale supporto di personale volontario. Garantisce e supervisiona tutte le attività quotidiane dell'ospite, in particolare il sabato, la domenica e i festivi. Presidia il rispetto del regolamento vigente. Provvede agli interventi di urgenza (deve possedere pertanto l'attestazione di idoneità di primo soccorso) e segnala all'organizzazione l'insorgere di criticità relazionali e sanitarie. È responsabile della gestione ordinaria della struttura. Ha facoltà di partecipare agli incontri di gruppo quindicinali.

**Operatore socio-educativo.** Garantisce l'organizzazione e il monitoraggio delle attività sia di gruppo che individuali degli ospiti, il supporto nello svolgimento di tutte le pratiche burocratiche, amministrative, giudiziarie e sanitarie, se necessario, l'affiancamento dell'ospite nell'organizzazione del tempo lavorativo e libero favorendo processi di socializzazione e di autonomia relazionale. Partecipa agli incontri di gruppo quindicinali. Si rapporta e si coordina con l'operatore residenziale.

### Caratteristiche peculiari

Il progetto per potere garantire lo svolgimento delle attività e il raggiungimento degli obiettivi prefissati ha definito dei criteri di accesso e dei criteri di dimissione dalla struttura da parte degli utenti.

L'ammissibilità dell'utente non può prescindere dalla sua capacità a partecipare alla spesa della retta die o direttamente attraverso il proprio reddito, o dalla famiglia o di chi ne fa le veci (amministratore di sostegno) o dal comune di provenienza dell'ospite.

La valutazione della ammissibilità dell'utente è svolta da un "Gruppo di valutazione" che deve prevedere la presenza di un rappresentante dell'ente gestore, di un rappresentante del servizio segnalante, di un rappresentante del Dipartimento delle Dipendenze del territorio di ubicazione dell'unità di offerta e possibilmente un rappresentante del servizio sociale del comune di provenienza.

### Criteri di accesso e dimissione

La valutazione della ammissibilità dell'utente nella struttura svolta dal "Gruppo di valutazione" è basata su criteri di accesso prestabiliti e condivisi che prevedono esiti di cronicità legati alla dipendenza di sostanze legali ed illegali, difficoltà di reinserimento sociale riabilitativo e territoriale, la storia di presa in carico da parte dei servizi delle dipendenze (sia ambulatoriali che residenziali), l'età pari o superiore ai 50 anni con il perdurare di aspetti di cronicità, aspetti di cronicità tali da aver già compromesso la possibilità di un programma di recupero, il grado di capacità di partecipazione alla spesa della retta die dell'utente – o direttamente attraverso il proprio reddito, o dalla famiglia o di chi ne fa le veci (amministratore di sostegno) o dal comune di residenza di provenienza – gli aspetti sanitari, psicologici e/o comportamentali che non richiedano un impegno massiccio di personale assistenziale dedicato e non richiedano interventi di elevata intensità assistenziale e sanitaria ivi compresa la necessità di avvalersi di apparecchiature di tecnologia complessa.

Il rapporto tra l'ospite e la struttura può interrompersi per allontanamento volontario, per imposizione dalla struttura, per scelta condivisa, in cui si realizza un passaggio concordato ad una situazione di maggiore autonomia o ad altri percorsi più funzionali e rispondenti ai bisogni rivalutati dell'ospite.

### Compartecipazione alla spesa da parte dell'utente

La situazione reddituale e le fonti di reddito degli utenti sono riportati nelle tabelle seguenti.

Tabella 3 – *Numero utenti per situazione economica delle UdO del progetto nel semestre marzo-agosto 2012*

Situazione economica	Peschiera Borromeo	San Donato Milanese	Totale
<b>Reddito mensile</b>	6	5	11
<b>In attesa assegno di invalidità</b>	1	1	2
<b>Nessun reddito</b>	1	1	2
<b>Totale</b>	8	7	15

Fonte: Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

Tabella 4 – Numero utenti per fonti di reddito delle UdO del progetto nel semestre marzo-agosto 2012

Fonti di reddito	Peschiera Borromeo	San Donato Milanese
<b>Inserimento protetto</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Pensione</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Assegno d'invalidità</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Indennità di accompagnamento</b>		<b>1</b>
<b>Nessun reddito</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Reddito Minimo</b>		<b>€ 300,00</b>
<b>Reddito Massimo</b>		<b>€ 1.013,00</b>

Fonte: Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

Sempre per il semestre marzo-agosto 2012, è stata fatta una quantificazione dei costi ripartiti per macro-voci, come riportato nella tabella seguente.

Tabella 5 – Quantificazione costi (€) per macro-voci per UdO del progetto nel semestre marzo-agosto 2012

Macro-voci di costo	Peschiera Borromeo	San Donato Milanese
<b>Alimentari</b>	<b>22.578,78</b>	<b>20.301,34</b>
<b>Casa</b>	<b>375,74</b>	<b>1.255,62</b>
<b>Per ospiti</b>	<b>260,74</b>	<b>171,94</b>
<b>Tempo libero</b>	<b>53,76</b>	<b>25,44</b>
<b>UtENZE</b>	<b>2.945,98</b>	<b>2.691,90</b>
<b>Varie casa</b>	<b>1.534,40</b>	<b>1.577,99</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>27.749,40</b>	<b>26.024,22</b>

Fonte: Elaborazione Dipartimento Dipendenze su dati di Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

Dall'analisi sono emersi i seguenti costi medi mensili per singolo ospite:

Tabella 6 – Costi medi mensili (€) per singolo ospite per UdO del progetto nel semestre marzo-agosto 2012

Costi medi mensili	Peschiera Borromeo	San Donato Milanese
<b>Spesa mensile media /ospite</b>	<b>578,11</b>	<b>619,62</b>
<b>Spesa mensile media /ospite no alimentari</b>	<b>107,72</b>	<b>136,26</b>

Fonte: Elaborazione Dipartimento Dipendenze su dati di Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

Si è considerata l'ipotesi di una stima calcolata senza il costo degli alimentari in quanto rappresentano una voce di spesa considerevole e, probabilmente, riducibile.

Considerando ammissibile la proposta di risorse di personale sopra indicata, utilizzando sia i costi monitorati sia il costo anno della cooperativa per i profili individuati e ipotizzando una retta finanziata dalla Regione di € 25,00/die, si deduce la seguente spesa anno:

Tabella 7 – Spesa annua e ipotesi compartecipazione ospite (€) per UdO del progetto

UDO	PL	Costo 1 semestre gestione casa	Stima costo anno gestione casa	Stima costo anno personale	Totale costi	Quota regione (€ 25/die)	Previsione quota/mese ospite
<b>Peschiera Borromeo</b>	<b>8</b>	<b>27.750,00</b>	<b>55.500,00</b>	<b>46.500,00</b>	<b>102.000,00</b>	<b>73.000,00</b>	<b>302,08</b>
<b>San Donato Milanese</b>	<b>7</b>	<b>26.050,00</b>	<b>52.100,00</b>	<b>46.500,00</b>	<b>98.600,00</b>	<b>63.875,00</b>	<b>361,72</b>

Fonte: Elaborazione Dipartimento Dipendenze su dati di Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

Infine, il costo di personale è stato calcolato come da tabella seguente:

Tabella 8 – Stima costo annuo (€) per tipologia personale e per UdO del progetto

UDO	Psicologo	Operatore socio-educativo	Operatore residente
<b>Peschiera Borromeo</b>	<b>2.000,00</b>	<b>13.000,00</b>	<b>31.500,00</b>
<b>San Donato Milanese</b>	<b>2.000,00</b>	<b>13.000,00</b>	<b>31.500,00</b>

Fonte: Elaborazione Dipartimento Dipendenze su dati di Cooperativa Sociale Promozione Umana Onlus

### Risultati ed elementi di governance territoriale

Il progetto e la conseguente proposta di "unità di offerta" hanno la finalità di offrire agli utenti cronici una possibilità di vita nella migliore autonomia possibile, in un ambiente "controllato e protetto". Inoltre, hanno l'esplicita finalità di prevenire ricadute nell'abuso di sostanze legali ed illegali, di rimediare a situazioni di abbandono e grave emarginazione che possono essere compromissorie della condizione di benessere psicofisico.

La sperimentazione ha ben definito il concetto di cronicità intesa come fragilità/bisogno d'aiuto cronico nell'affrontare un reinserimento nel tessuto sociale di provenienza e non, a cui deve associarsi la necessità di un supporto relazionale costante, seppur limitato nella quantità, ma certamente qualificato.

La cronicità non è pensata volutamente come la necessità di assistenza alla persona (ovvero come risposta ad una limitazione dell'autonomia fisica/funzionale), e per situazioni gravemente compromesse che richiedono un'assistenza costante in tutte le azioni della vita quotidiana o di richiesta di soluzioni residenziali (come ad esempio le RSA, unità di offerta del resto già presenti). La cronicità è intesa piuttosto come una condizione di inabilità relazionale e sociale.

L'obiettivo è quindi quello di fornire a questa domanda il supporto costante in termini di risorse logistiche (abitazione, servizi...), di risorse relazionali (psicologo, operatore sociale, operatore residente), di un "luogo proprio" e un contesto solidale e familiare dove mantenere le autonomie residue, organizzare il proprio tempo e agire un ruolo sociale emancipato.

L'unità di offerta sperimentale si connota come Comunità Alloggio per adulti (riferimento normativo DGR Regione Lombardia 12621/2003 – standard comunità alloggio <= 8 pl). Tale numerosità contenuta dei posti si è dimostrata congruente con gli obiettivi di protezione dell'ospite, soprattutto per progettare l'or-

ganizzazione del tempo lavorativo e libero, favorendo processi individuali di socializzazione e di autonomia relazionale.

L'omogeneità delle caratteristiche della domanda ha permesso di confermare la forte connotazione sociale della unità di offerta ed ha favorito la definizione di specifici criteri di accesso. La valutazione del rispetto di tali criteri è garantita da uno specifico "Gruppo di valutazione" che vede coinvolte tutte le parti interessate (Ente gestore, Servizio segnalante, Dipartimento delle Dipendenze, Comune).

L'appartenenza dell'unità di offerta sperimentale ad un sistema di strutture residenziali ha consentito economie di scala sui diversi servizi di supporto *no core* (lavanderia, mensa, trasporti, ecc...) e sulla gestione efficiente del personale.

L'unità di offerta sperimentale, inoltre, potrebbe essere il risultato della ricollocazione di parte dei PL accreditati per il trattamento TRR, quale capacità di adeguamento alla attuale rimodulazione della domanda.

Questa scelta garantirebbe a parità di budget assegnato il duplice vantaggio di una risposta più adeguata all'evoluzione del bisogno e di un maggiore soddisfacimento della domanda.

La definizione dei profili professionali e il loro carico di lavoro è la risultante delle caratteristiche degli utenti, dei bisogni di protezione e delle conseguenti prestazioni erogate.

## DALL'ACCUDIMENTO AL PROTAGONISMO: VERSO UN NUOVO MODELLO DI COMUNITÀ IN GRADO DI CONIUGARE COSTI E QUALITÀ

**Giuseppe FARO\***, **Giuliano De Santis\***,  
**Silvia Mismetti\***, **Davide Salvatico\*\***

*\*Dipartimento Patologie delle Dipendenze, S.C. Ser.T Sangone ASL TO3 COLLEGNO (TO),*

*\*\* Cooperativa Animazione Valdocco*

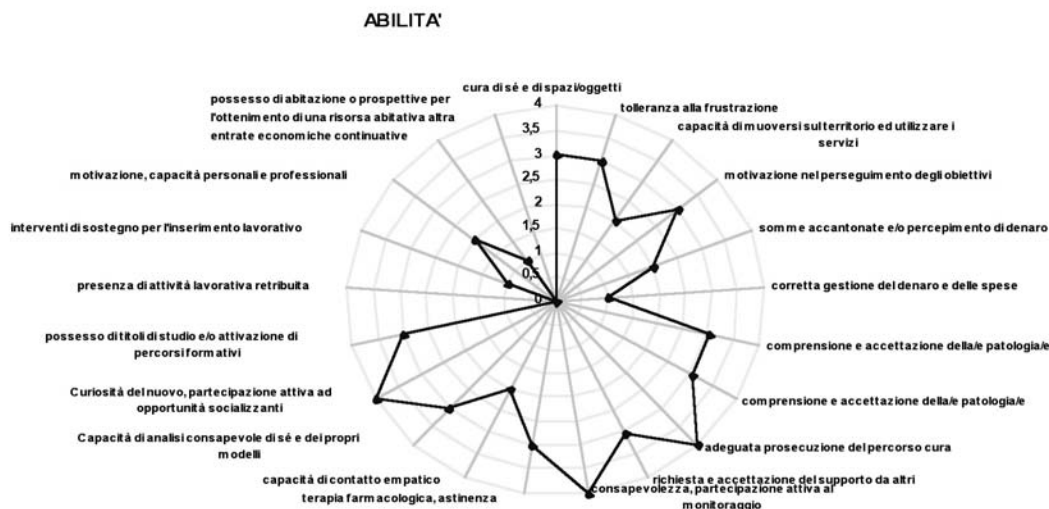
### Introduzione

L'ASL Piemonte TO3 a partire dal 2006 ha dato vita in tempi successivi a due diversi tipi di servizio residenziale (denominati CASA VERDE e PROGETTO AUTONOMIA) per persone malate di AIDS tossicodipendenti e non, due strutture che pur rifacendosi alle medesime linee e riferimenti metodologici, affrontano livelli di progetto diversi e intendono andare incontro a specifiche necessità di intensità di intervento. Alla Casa Alloggio per malati terminali (CASA VERDE nata nel 2006) si è aggiunto un appartamento di convivenza guidata (AUTONOMIA nato nel 2010) per confluire entrambe nel 2011 in un nuovo progetto ispirato alla pratica del cohousing, un **nuovo modo di abitare** con spazi e servizi condivisi tra persone che accettano di condividere la propria comunità residenziale. Il progetto di cohousing ha avuto avvio dalla necessità di coniugare due esigenze solo apparentemente inconciliabili: la necessità di ridurre i costi di gestione e la volontà di migliorare l'efficacia dell'intervento riabilitativo, consapevoli del fatto che solo interventi economicamente compatibili con le disponibilità della società potranno sopravvivere nei prossimi anni. Il progetto cerca di vincere questa sfida costruendo un servizio che in estrema sintesi passa (è passato e sta passando) dall'accudimento del malato alla partecipazione dell'utente per giungere infine al protagonismo della persona. Dal punto di vista teorico nulla di nuovo (qualunque struttura si occupi di questi temi promuove teoricamente un tale percorso virtuoso) ma può risultare interessante ed originale, per lo meno nel territorio piemontese, la sua traduzione operativa per il tipo di programma, per l'organizzazione del personale e anche per il costo della retta che, come evidenziato nella tabella successiva, risulta essere più basso rispetto al panorama delle case alloggio piemontesi.

### Il protagonismo dell'ospite

Dall'accudimento al protagonismo: è stato e continua ad essere un lungo percorso favorito da un generale miglioramento delle condizioni di salute dei malati, dai minori vincoli legati all'accreditamento, dalla volontà - capacità della struttura pubblica di assumersi una certa dose di rischio calcolato. Il percorso ha avuto la conseguenza, inizialmente non da tutti ben accettata, di

Mappa concettuale delle abilità



aumentare la partecipazione degli ospiti e ridurre la presenza di operatori con conseguente riduzione-ridistribuzione degli oneri economici. Nel percorso è stato coinvolto l'ente appaltatore, che dal 2006 gestisce la struttura, nella comune condivisione di una visione di politica sanitaria che prevede un possibile futuro solo per gli interventi anche innovativi ma economicamente compatibili con l'attuale livello di benessere della società. Tale processo, per avere significato, deve obbligatoriamente accompagnarsi anche ad un miglioramento dell'esito dell'intervento, che nel nostro progetto abbiamo sintetizzato con una parola "autonomia". In sintesi più elevato è il livello di autonomia raggiunto dalla persona ospite migliore sarà stato l'esito dell'intervento.

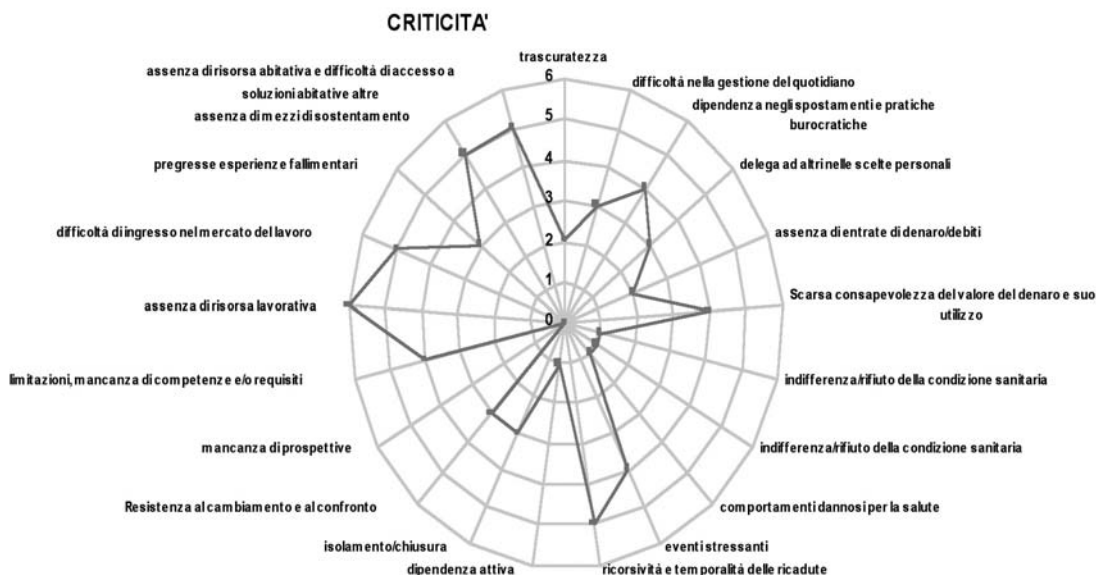
Materiali e metodi

Ma come misurare l'esito dell'intervento? Stiamo lavorando su uno strumento di rilevazione specifico che permette il monitoraggio dei progressi dell'autonomia delle persone ospitate ispirandoci allo schema polare utiliz-

zato nell'ambito del Progetto RISC (Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo). Il modello si basa sulla costruzione di una MAPPA CONCETTUALE, ossia una rappresentazione grafica di un ragionamento fatto dalla équipe e confrontato con la persona. Viene attribuito un punteggio ad indicatori di autonomia in vari ambiti: area della autosufficienza (trascuratezza, capacità di cura del se, indipendenza negli spostamenti e nell'espletamento delle pratiche burocratiche, delega ad altri delle scelte personali), area del sostentamento economico, area delle patologie e salute, area delle dipendenze, area della rete familiare e sociale, area del lavoro e della casa, area delle competenze di coabitazione e relazionali. La valutazione viene eseguita dalla équipe multidisciplinare e coinvolge professionalità diverse: medico, assistente sociale, educatore, operatore socio sanitario.

Il data base che si va a costruire evidenzia i possibili momenti critici e la loro suddivisione in livelli progressivi di gravità/risorse.

Mappa concettuale delle criticità





Dalla integrazione delle 2 mappe si ottiene lo schema polare con la relazione delle abilità e delle criticità. La mappa delle autonomie soggettive, che permette di monitorare nel tempo i livelli delle autonomie e di adeguare ad essi l'intervento terapeutico, viene rilevata 4 volte all'anno (tempo 0 - 3 mesi -6 mesi -12 mesi) per tutto il periodo di permanenza (orientativamente 2 anni).

Ai fini della valutazione del progetto assumono importanza:

- il valore al tempo 0 (T0 per definire il livello di gravità/compromissione dell'ospite all'ingresso)
- la differenza numerica fra il valore al tempo X (a 3 mesi o 6 mesi o 9 mesi o 12 mesi ecc) e il valore T0 per valutare i miglioramenti ottenuti
- la differenza numerica fra il grado di autonomia del soggetto all'ingresso (valore T0) e il grado di autonomia raggiunto alla dimissione (valore Tz).

### Costi: la retta giornaliera

Contestualmente abbiamo voluto analizzare se lo sforzo di migliorare l'efficacia dell'intervento fosse anche compatibile con la riduzione delle disponibilità economiche.

La tabella evidenzia l'andamento della retta giornaliera dal 2006 al 2013 (previsione)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
€ 121,00	€ 121,00	€ 112,00	e. 101,00	€ 101,00	€ 94,00	€ 71,00	€ 70,00

L'analisi ha evidenziato un andamento in decrescita della retta dall'inizio dell'attività nel 2006 ad oggi. In rapporto al costo a giornata delle case alloggio HIV accreditate in Piemonte (€ 140,16) quello di Casa Verde nel 2006 era già inferiore del 30% e con il nuovo modello di comunità dal 2011 ad oggi la spesa è ulteriormente diminuita e risulta allineata o addirittura inferiore rispetto a regioni italiane evolute per il sistema di welfare come l'Emilia Romagna (100,71 euro al giorno) e la Lombardia (130,00 euro al giorno). La riduzione della retta è correlata sia all'aumento negli anni dei posti letto (4 nel 2006, 6 nel 2008, 8 nel 2010 con il Progetto Autonomia) che alla rimodulazione degli orari di presenza del personale (non presente di notte e in alcune fasce orarie diurne nei giorni festivi). Una prima valutazione fa ritenere che vi sia un andamento positivo sia per la spesa (evidente riduzione) che per l'offerta di servizi (aumentati e migliorati) e si può pertanto affermare che in questo caso un servizio innovativo si è dimostrato anche economicamente compatibile.

### Conclusioni

L'esperienza residenziale di Casa Verde e Progetto Autonomia proposta e gestita dal Dipartimento Patologia delle Dipendenze dell'ASL T03 in collaborazione con la Cooperativa Sociale Animazione Valdocco risulta peculiare nel panorama piemontese e non solo. Il modello educativo adottato, che valorizza il protagonismo degli ospiti nella gestione comunitaria, prevede obbligatoriamente per l'operatore la capacità di assumere un ruolo di facilitatore e di mettersi, ove possibile, sullo sfondo per lasciar fare agli ospiti. Questo

modello richiede anche agli operatori un forte impegno formativo nell'implementare la capacità di porre freni ai propri interventi e le capacità osservative che permettono di misurare, attraverso le mappe innanzi descritte, i progressi (o regressi) durante il percorso riabilitativo. Lasciare agli ospiti la gestione di molte attività quotidiane può risultare complicato ma anche stimolante perché esiste la consapevolezza che essi possono affrontare anche situazioni critiche se guidati a riconoscere i diversi livelli di gravità e gli interventi da mettere in atto. La capacità di coniugare un risparmio economico con un più che soddisfacente servizio offerto ai pazienti non è una caratteristica che rende unico questo progetto residenziale a carattere socio-sanitario (specie in epoca di Spending review), ma certamente lo è aver responsabilizzato sempre di più gli ospiti, nel corso degli anni, ad essere protagonisti sia nella quotidianità che nell'arco di tutta la loro permanenza all'interno della struttura. In modo particolare è importante aver individuato degli strumenti di rilevazione specifici di ordine quantitativo che permettano di misurare in modo il più possibile oggettivo il grado di progressione delle autonomie delle persone ospitate. Questo tipo di strumenti dovrà nel tempo esser ulteriormente validato e affinato tenendo sempre conto del fine ultimo della struttura che è non solo fornire un accompagnamento e un sostegno assistenziale e sanitario agli ospiti durante il percorso residenziale, ma soprattutto valorizzare le risorse personali-lavorative raggiunte e renderli il più possibile autonomi sul piano familiare, sociale e abitativo.

## LA "PESATURA" DEI PAZIENTI IN CARICO: UNO STRUMENTO PER LA GOVERNANCE DEL SISTEMA

Porta Alberto\*, Levari Ermelinda\*, Grech Marialuisa\*, Lipreri Luca\*\*\*\*, Sgrò Maurizio\*\*\*\*, Chiasera Silvana\*\*\*\*, Pellegrini Gabriele\*\*\*\*, Ferrucci Roberta\*\*, Lovaste Raffaele\*\*\*

\*Psichiatra Ser.D Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

\*\*Psichiatra Responsabile Struttura Semplice Area Medica Ser.D Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

\*\*\*Direttore Ser.D Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

\*\*\*\*Medico internista Ser.D Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

\*\*\*\*\*Coord. infermieristico Ser.D Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

La valutazione dell'efficienza produttiva, intesa come la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati nell'attività ed i risultati ottenuti, è uno dei criteri di qualità essenziali per la governance dei sistemi sanitari.

La capacità di un Ser.D di ottimizzare il rapporto tra le unità equivalenti di personale impiegato ed i risultati ottenuti è, quindi, un aspetto preminente delle strategie di governance.

La costruzione di un modello per la misurazione dell'efficienza produttiva in un Ser.D parte dalla definizione preliminare degli indicatori che si intende utilizzare per misurare la dimensione del fenomeno oggetto di studio, anche al fine di poter effettuare analisi comparative. Da un punto di vista generale gli indicatori utilizzabili dovranno avere le seguenti caratteristiche:

- **pertinenza e specificità:** ovvero devono essere in grado di esprimere realmente la dimensione del fenomeno che intendono esplorare;
- **accessibilità:** devono essere facilmente estraibili dalle fonti di dati;
- **rilevabilità:** i dati oggetto di monitoraggio, che vengono aggregati nelle misure sintetiche definite dagli indicatori, devono essere effettivamente misurabili;
- **economicità:** il rapporto tra il costo di rilevazione (tempo e risorse impiegate) ed il beneficio informativo deve essere adeguato.

Gli indicatori scelti non possono avere la pretesa di rappresentare tutte le sfaccettature di un prodotto; spesso, infatti, documentano solo quegli aspetti di facile misurazione che comunque fanno parte e sono rappresentativi della dimensione che si vuole misurare. È possibile quindi che una caratteristica importante di un prodotto non venga misurata se di difficile rappresentazione in un indicatore e si decida di misurare un altro aspetto (detto proxy) per il quale però è più facile indi-

viduare un indicatore specifico.

L'interpretazione infine del valore assunto da un indicatore richiede grande attenzione e va analizzato non solo singolarmente, ma anche sulla base delle relazioni con le altre misure che necessariamente devono essere coerenti.

Il rischio, infine, che si corre cercando di realizzare un sistema di valutazioni di questo tipo è correlato alla possibilità di costruire un modello fine a se stesso, che non soddisfa il debito informativo e non ha pertanto ricadute significative sull'assetto organizzativo; in tal caso la valutazione dell'efficienza rappresenta solo un costo aggiuntivo per l'organizzazione.

### Misurare l'efficienza produttiva di un dirigente medico in un Ser.D

Con il termine efficienza s'intende il rapporto fra il numero di prodotto terapeutico erogato rapportato alle unità equivalenti. Il prodotto terapeutico oggetto della misurazione è ovviamente solo quello in grado di accrescere lo stato di salute o a evitare nuova patologia nella logica dell' "evidence based medicine".

Per raggiungere tale obiettivo è necessario condividere:

- un **elenco di prestazioni** erogabili dal dirigente medico. Per ogni prestazione, inoltre, deve essere descritta la modalità di realizzazione della stessa secondo le buone prassi e identificare un tempo ottimale;
- un **aggregato di prestazioni**, legate da una logica sequenziale e finalizzate a un obiettivo esplicito, che identifica tutti gli interventi specialistici erogabili dai medici.

Contestualmente è necessario dotarsi di un sistema gestionale informatizzato che consente la raccolta in tempo reale e l'estrazione dei seguenti dati:

- la registrazione di tutti gli interventi specialistici attivati dal dirigente medico individuati da una data di inizio, dall'obiettivo dichiarato che si vuole raggiungere, da una data di fine e dall'esito conseguito considerati gli indicatori predefiniti;
- la registrazione nel fascicolo personale di ogni paziente di tutte le prestazioni elementari erogate nell'intervento specialistico corredate dalla registrazione sintetica di quanto fatto e dai tempi impiegati;
- la densità assistenziale dell'intervento specialistico espressa in ore dedicate. Tale valore è dato dalla somma dei tempi utilizzati per le singole prestazioni elementari erogate nell'intervallo di date dell'intervento specialistico;
- la densità assistenziale per singolo paziente espressa in ore dedicate. Questo valore è dato dalla somma dei tempi utilizzati per le singole prestazioni elementari erogate a quella persona.

Una volta strutturata questa procedura per la valutazione dell'efficienza produttiva è necessario estrapolare l'indicatore di output che riteniamo sia rappresentativo del carico di lavoro del dirigente medico.

Si è considerato in tal senso il **Numero di pazienti pesat per operatore**, che esprime la media di pazienti seguiti da ciascun dirigente medico.

Si conteggiano, cioè, come pazienti tutti i soggetti seguiti dal dirigente medico per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.

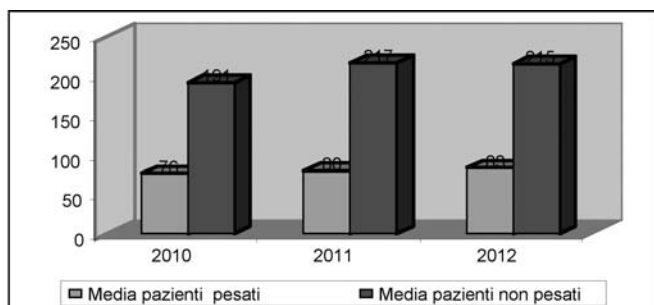
Il contare solo il numero complessivo dei pazienti seguiti porta con se una evidente distorsione. Ad esempio se un medico vede, per varie ragioni, un paziente ogni tre mesi e un altro paziente tutti i giorni ovviamente il secondo lo impegnerà, almeno in termini di tempo, molto di più. Non è detto inoltre che il paziente che vede tutti i giorni, sia necessariamente sia più grave dell'altro.

Se il nostro indicatore dell'efficienza è il numero di pazienti per operatori bisogna allora trovare un fattore di correttore per questa discrepanza. Il fattore di correzione sta nel ricontare i pazienti seguiti applicando la griglia del case mix. Se a un paziente, ad esempio, sono state erogate prestazioni per almeno 15 ore / anno vale "1", se sono state erogate prestazioni per 7.5 ore / anno vale "0.5". Ovviamente due pazienti pesati come "0.5" avranno lo stesso impatto, in termini di carico di lavoro, di un paziente pesato "1".

Le 15 ore sono state scelte considerando che in media il nostro Servizio eroga a ciascun paziente prestazioni per 15 ore in un anno.

La tabella 1 riporta i valori di efficienza produttiva dei dirigenti medici del Ser.D di Trento nel triennio 2010-12.

	2010		2011		2012	
	Pazienti Pesati	Pazienti non Pesati	Pazienti Pesati	Pazienti non Pesati	Pazienti Pesati	Pazienti non Pesati
Dirigente medico 1	76	183	78,25	170	66,5	165
Dirigente medico 2	86,75	207	106,5	279	111,75	267
Dirigente medico 3	79,75	195	99,75	247	99,75	251
Dirigente medico 4	60	184	45,5	140	67,25	211
Dirigente medico 5	68	197	79,5	300	79	228
Dirigente medico 6	89,75	182	69	168	73,75	171



Nel grafico 2, considerando la media nel triennio 2010-2012, si evince come il valore ottimale di efficienza produttiva raggiunto dai medici del Ser.D di Trento è di circa 80 pazienti pesati che corrispondono a oltre 200 pazienti non pesati.

## Discussione

Attraverso la misurazione dell'efficienza produttiva, se è possibile confrontandoci con un lavoro di benchmarking con altri Ser.D italiani, vorremmo arrivare ad ipotizzare il numero ottimale di pazienti che un dirigente medico di un Ser.D deve seguire per utilizzare al meglio il debito orario che il suo contratto gli impone garantendo un livello minimo di densità assistenziale. Dai nostri dati emerge che seguire 80-100 pazienti pesati/anno rappresenta un buon livello di efficienza produttiva.

La procedura di case mix inoltre, a nostro parere, è uno

strumento utile per avere dei dati omogenei confrontabili anche con le altre figure professionali del Ser.D.

## BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., *Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità*, Gennaio 1997
- AAVV *Dichiarazione etica contro le droghe* A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AAVV *Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996*
- Agliati M., *Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi*, EGEA, 1996
- Baker L. e Rubycz R., *Performance improvement in public service delivery*, Pitman Publishing, 1996
- Berbari G., Biazzo S., *Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156*, 1996
- Beretta S., Dossi A., Meloni G., Miroglio F., *Il benchmarking dei processi amministrativi*, EGEA, 1999
- Biffi A., *Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management*, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., *Process management e reengineering*: EGEA, 1998
- Bonazzi G., *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, 2000
- Borgogni L., *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*, Franco Angeli, 1999
- Borgonovi E., *L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali*, Giuffrè, 1973
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., *Medici e Manager*, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., *Manuale di Economia Sanitaria*, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., *L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico*, Mecosan, 1995
- Cartoccio A., Fabbro M., *Complessità organizzativa e sviluppo manageriale*, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Ciatto S., *Screening in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Cochrane A.L., *Efficienza ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. *I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione*, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Davenport T.H., *Innovazione dei processi*, Franco Angeli 1194
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000
- EMCDDA, *Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users*, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, 1998
- Froman B., *Il manuale della qualità*, Franco Angeli, 1998
- Galbraith J., *Organization desing*, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Hammer M., Champy J., *Ripensare l'azienda*, Sperling&Kupfer, 1993
- Hronec S.M., *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*, Franco Angeli, 1995
- Mintzberg H., *Le strutture organizzative*, Il Mulino, 1985
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- ONU, *World Drug report 2000*, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000
- Ould M., *Process modelling with RADS, IOPENER*, vol.2, 1993
- Rachele U., Perrone V., *Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo*, Economia & Management
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., *Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 1999

## TAVOLO TERRITORIALE PER LA GOVERNANCE DEGLI STATI DI ADDICTIONS NELL'AREA DISTRETTUALE DI SARONNO

**Fabio Reina\***, **Maria Raffaella Guzzetti\***,  
**Sara Frigerio\***, **Francesca Perlangeli\***,  
**Sara Renoldi\***, **Giampietro Banfi\*\***,  
**Donatella Fiorentini\*\*\***, **Laura Randazzo\*\*\*\***,  
**Vincenzo Marino\*\*\*\***

*\*Dipartimento Dipendenze ASL Varese - U. O.  
Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area  
SuD: Sede Ser.T di Saronno*

*\*\*Dipartimento Dipendenze ASL Varese - U. O.  
Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area  
SuD: Sede Ser.T di Busto Arsizio*

*\*\*\*Dipartimento Dipendenze ASL Varese - U. O.  
Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area  
SuD: Sede Ser.T di Gallarate*

*\*\*\*\*Dipartimento Dipendenze ASL Varese - Direzione  
Dipartimento Dipendenze ASL Varese*

### Introduzione

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Varese attraverso l'Unità Organizzativa Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area SuD - Sede Ser.T di Saronno ha attivato nel corso degli anni 2009-2013 dei percorsi formativi tra gli operatori della Sede saronnese e gli attori del territorio che per le proprie competenze e prerogative intercettano ed interagiscono con i soggetti e/o i loro famigliari aventi problematiche riconducibili alle dipendenze patologiche.

Detti percorsi formativi hanno riguardato: Sostanze e Psiche la co-gestione terapeutica delle problematiche psichiatriche, nei pazienti dipendenti da sostanze psicotrope (2010) - Le PoliTossicoDipendenze da sostanze psicotrope illegali e/o legali (2011) - Monitoraggio Trimestrale delle Buone Prassi Cliniche della Co-Gestione Terapeutica delle problematiche psichiatriche, nei pazienti dipendenti da sostanze psicotrope (2011) - Adolescenza complessità e sostanze: lavoro nella Rete Territoriale Saronnese come risorsa preventiva importante (2012) - La Governance delle Dipendenze Patologiche nel Territorio Saronnese (2012).

Detti percorsi Formativi hanno permesso di elaborare delle "Linee di Indirizzo Collaborative e delle Buone Prassi Cliniche fra Sede Ser.T di Saronno e C.P.S. di Saronno vs i pazienti con Doppia Diagnosi" e delle "Linee di Indirizzo Collaborative e Buone Prassi Clinico-Preventive per le problematiche derivanti dall'assunzione di sostanze psicotrope illegali e/o alcol sia nei soggetti adolescenti che adulti" che una "Scheda clinico-anamnestica" per questi soggetti, entrambe da utilizzarsi tra Sede Ser.T di Saronno e le Unità Operative del Presidio Ospedaliero di Saronno dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio, e i Medici di

Assistenza Primaria e i Pediatri di Famiglia dell'Associazione Me.di.fa.S dell'area Distrettuale di Saronno. Parimenti dal 2009 è attivo il "Comitato Alcol e Territorio di Saronno" che come spazio tecnico di co-gestione preventivo-terapeutico relativamente alle problematiche alcoliche, vede riuniti i referenti della Sede Ser.T di Saronno, dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto A. - Presidio Ospedaliero di Saronno, dei Medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di Famiglia del Distretto di Saronno e le Associazioni di Volontariato, operanti con gruppi di auto-aiuto: Alcolisti Anonimi; Associazione Al-Anon; Associazione ITACA onlus.

Sempre dal 2009 il Comitato Alcol e Territorio di Saronno elabora ed invia a cadenza semestrale come modalità informativo/formativa relativamente alle problematiche alcoliche dell'area saronnese, una "Newsletter" a tutti i Medici di Assistenza Primaria e ai Pediatri di Famiglia ivi operanti.

La rapida evoluzione del fenomeno delle dipendenze da sostanze psicotrope, con l'attuale prevalenza dell'abuso e/o poliabuso di quelle stimolanti (cocaina e derivati anfetaminici + bevande alcoliche) e la prepotente comparsa delle dipendenze "non" da sostanze, come il Gioco d'azzardo Patologico o le varie forme di dipendenza dalle moderne tecnologie, rappresentano ormai anche per il territorio saronnese una somma di problematicità tali da dover essere affrontate attraverso una "Governance In-Rete" da parte dei vari Servizi Specialistici e/o Professionisti operanti nell'area saronnese.

### Materiali e metodi

#### IL TAVOLO TERRITORIALE PER LA GOVERNANCE DEGLI STATI DI ADDICTIONS

È composto dai referenti dei Servizi - Enti - Istituzioni - Associazioni che si occupano di problematiche relative agli stati di addictions, operanti nell'area di Saronno.

Il Tavolo svolge funzioni di consulenza, progettazione e monitoraggio, nell'ottica di favorire l'integrazione delle strutture e delle istituzioni e delle varie professionalità coinvolte, onde rispondere in modo incisivo e polispecialistico alle innumerevoli problematiche derivanti dalle addictions.

Le azioni e le attività condivise ed elaborate dal Tavolo Territoriale verranno implementate attraverso la "Rete Territoriale dei Servizi"

Al Tavolo attualmente aderiscono per il Dipartimento Dipendenze ASL Varese con funzioni di Coordinamento del Tavolo Tecnico, il Dirigente Medico Coordinatore della Sede Ser.T di Saronno, la responsabile Dirigente Psicologa dell'Unità Operativa Azioni di Rete Territoriale nelle Dipendenze e Attività di Coordinamento della Direzione del Dipartimento delle Dipendenze, una Dirigente Medico e una Assistente Sociale della Sede Ser.T di Saronno e una Dirigente Psicologa, una Assistente Sociale e una Dirigente Medico del Consultorio-Distretto di Saronno.

Per la Rete Territoriale: 1) l'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio - Presidio Ospedaliero di Saronno attraverso i referenti dei Dipartimenti di: Emergenza - Medico - Chirurgico - di

Salute Mentale (CPS e SPDC) - di Neuropsichiatria Infantile e il Servizio di Assistenza Sociale; 2) il Distretto Sanitario di Saronno dell'ASL Varese con il Consultorio Familiare di Saronno; 3) l'Ufficio di Piano di Zona di Saronno e i Servizi Sociali e alla Persona dei Comuni di Saronno, Caronno Pertusella, Gerenzano, Uboldo, Origgio e Cislago; 4) il SIL (Servizio Inserimento Lavorativo) di Saronno; 5) l'Informagiovani di Saronno; 6) la "Rete Rosa" contro la violenza verso le donne di Saronno; 7) le Forze dell'Ordine operanti sul territorio saronnese: Compagnia Carabinieri Lombardia Tenenza di Saronno - Guardia di Finanza Comando

Regione Lombardia Tenenza di Saronno - Polizia Locale di Saronno; 8) un referente dell'Ufficio Scolastico Provinciale; 9) un referente dei Farmacisti Saronnesi; 10) il Consultorio Familiare Decanale di Saronno; 11) la Comunità Pastorale di Saronno; 12) i referenti dei Medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di famiglia del Distretto ASL di Saronno; 13) le Associazioni del privato sociale e di auto aiuto operanti nel territorio saronnese: Caritas Saronnese - San Vincenzo De Paoli - Radio Orizzonti in Blu Saronno - Compagnia delle Opere di Saronno - Mensa "Amici di Betania" di Saronno; Associazione Alcolisti Anonimi di Saronno - Associazione Al-Anon di Saronno - Associazione ITACA onlus - Associazione Gruppo Alice Saronno - Cooperativa Ozanam di Saronno.

### Discussione

Tutti gli attori istituzionali coinvolti nei percorsi formativi negli anni 2009-2012, hanno aderito al Tavolo Territoriale per la Governance degli Stati di Addictions nell'area Distrettuale di Saronno proposto dalla Sede Ser.T di Saronno e attivato dal maggio 2013. Detta adesione deriva dalla comune consapevolezza maturata, che "un aiuto, una cura o una presa in carico" più efficace ed adeguata delle varie condizioni di addictions possa avvenire solo all'interno di un effettivo lavoro "integrato" e di "rete" tra i vari Servizi del territorio.

Il Tavolo Territoriale attraverso il lavoro integrato tra i soggetti che operano con mandati diversi, intende operare affinché si possa ulteriormente consolidare la "Rete inter-istituzionale dei Servizi" nell'ottica di elaborare delle strategie preventive sia universali, elettive che mirate, così da favorire

la diffusione di corretti e sani stili di vita, sia nella fascia adolescenziale che giovanile, nelle famiglie e conseguentemente nell'intera collettività.

Analoghe strategie verranno estese sia all'ambito dell'ascolto e dell'accoglienza della domanda posta dal soggetto dipendente e/o da dei familiari, che in quello diagnostico, clinico-terapeutico e riabilitativo, onde favorire adeguate risposte d'aiuto, di percorsi di cura o di prese in carico, con l'obiettivo di ridurre le interruzioni o gli abbandoni volontari dei percorsi terapeutici sia in carico alla Sede Ser.T di Saronno che co-gestiti, e i conseguenti rischi di cronicizzazione dei disturbi e dei comportamenti psico-patologici e di addiction.

### BIBLIOGRAFIA

Vincenzo Marino, Giovanni Serpelloni, Marketing Preventivo, appunti per una nuova prevenzione al consumo di droghe  
 Vincenzo Marino, Manuel Benedusi, Fare Prevenzione, appunti e linee guida regionali sulla prevenzione alla dipendenza  
 Alfio Lucchini, Silvia Bravin, Roberto Cataldin, Antonio D'Amore, Guido Faillace, Cinzia Massacra, Giovanni Strepparola, Depressione e Dipendenze patologiche, L'esperienza dei Servizi territoriali  
 Giovanni Strepparola, Operare nelle dipendenze patologiche, Mission dei Servizi e specializzazione dell'intervento  
 Paolo Rigliano, Laura Rancilio, Tossicomania e sofferenza psichica, Le buone prassi nella "doppia diagnosi"  
 Onofrio Cascinai, Guglielmo Masci, Non solo Doppia Diagnosi, I Servizi di fronte alla tossicodipendenza che cambia  
 Fabrizia Bragozzi, Claudio Cippitelli, Giovani e nuove droghe: sei città a confronto, Il progetto Mosaico come modello d'intervento

## RETE TERRITORIALE E DOPPIA DIAGNOSI: UNA COSTRUZIONE CONDIVISA DDD-DSM

**Antonino Riolo**, *psichiatra dirigente Dipartimento Salute Mentale*

**Roberta Balestra**, *direttore Dipartimento delle Dipendenze ASS n.1 "Triestina"*

Il "real world" non sempre trova adeguata interlocuzione rispetto alle proprie domande di salute, talvolta inesprese, nell'ambito degli attuali sistemi di cure, specie quando questi sono organizzati per specialismi o per settori troppo distanti tra loro.

Le problematiche della dipendenza e quelle correlate alla salute mentale nel loro presentarsi congiunto, nel loro intrecciarsi e annodarsi, rimandano a delle risposte terapeutiche necessariamente integrate, che devono poter sciogliere tali nodi, per rispondere ai bisogni del corpo e a quelli della mente, cercando di comprendere anche la complessa trama sociale che sottende il disagio.

Persone iper-fragili, perchè la sofferenza che deriva dalla compresenza di questi problemi può diventare così insopportabile da far perdere il senso del proprio progetto di vita. La realtà vissuta e percepita è alimentata da una psicopatologia che è il frutto inestricabile degli effetti delle sostanze, delle alterazioni del pensiero, della paura, del tipo di contesto di vita ed affettivo, delle reazioni sociali, di eventuali altri problemi di salute compresenti.

Il principio della unitarietà dell'assistenza e l'obiettivo della continuità di cura richiedono un adeguato coordinamento funzionale ed organizzativo, per costruire alleanze terapeutiche, supporto sociale, lavorativo, abitativo, interventi di advocacy, sostegno nelle questioni legali, per consentire alla persona di fruire più facilmente della rete dei servizi e per aiutarla a reggere la fatica di programmi di cura spesso complessi, prolungati nel tempo ed impegnativi.

I Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute Mentale a Trieste sono inseriti all'interno di una rete territoriale molto sviluppata, che essi stessi contribuiscono a potenziare ed innovare. L'approccio è quello proattivo, caratteristico della medicina di iniziativa, che non si limita ad accogliere chi arriva al Servizio, ma si attiva per andare a conoscere la situazione di salute delle persone di cui si deve occupare per mandato istituzionale. Non c'è uno schema unico di intervento, perché a seconda dei bisogni della persona si costruisce una proposta specifica: in base al disturbo prevalente si stabilisce il servizio "case manager". Vengono condivisi i costi del programma, gli strumenti messi in campo: colloqui, visite domiciliari, valutazioni con gli altri partner, borse di lavoro o di studio, rette di comunità terapeutica, attività di accompagnamento e riabilitazione,

lavoro con i familiari, gestione di attività in rapporto con i servizi del Ministero di Giustizia.

Il dispiegarsi degli interventi territoriali consente di sostenere la persona mantenendola nel suo ambiente di vita (luogo del rischio ma anche di tante opportunità), per favorire la ricerca e la sperimentazione di strategie di superamento o di convivenza con il problema di salute, secondo la prospettiva della recovery.

I pazienti con doppia diagnosi sono quelli che più frequentemente dicono di "no" alle proposte dei Servizi, specie se vengono formulate in maniera non organica ed integrata, che più di altri finiscono per essere etichettati come "difficili", quasi che questo fosse un giudizio prognostico, a rischio concreto di abbandono; ma è dal riconoscimento della doppia vulnerabilità bio-psico-sociale che gli operatori possono condividere la fatica di rilanciare nuove progettualità, anche attraverso l'elaborazione dei fallimenti di precedenti interventi, consapevoli delle potenzialità della rete territoriale, quando questa viene pensata e costruita in maniera funzionale alle speranze di cura delle persone.

Ed è così, ad esempio, quando un assistito seguito dai due Servizi, dopo un iter di per sé complesso, vanifica tutto il lavoro svolto rimanendo senza casa a motivo dei suoi comportamenti disfunzionali, "costringendoci" a ricercare nel territorio un'alternativa alloggiativa che favorisca la continuità terapeutica; o quando la propensione a comportamenti penalmente rilevanti può trovare nel territorio risposte diverse dal Carcere; o, ancora, quando la depressione e l'uso di sostanze mettono a rischio la capacità genitoriale di una madre all'interno di una vicenda familiare già delicata, laddove la costruzione preventiva di una rete territoriale su misura permette di non pregiudicare il ruolo di questa madre; o, quando, un Servizio interviene in soccorso dell'altro nel sostenere un altissimo carico familiare o, infine, quando si ricorre ad un TSO per ripartire da una situazione di "impasse" con grave rischio per la stessa incolumità fisica del paziente con doppia diagnosi.

Il progressivo investimento sullo sviluppo organizzativo e funzionale dell'intreccio sociosanitario territoriale ha consentito a Trieste di creare un sistema di salvaguardia e di cura per le persone più fragili. Inoltre, in linea con i principi della medicina di iniziativa, si investe sulla conoscenza e la valorizzazione delle potenzialità del territorio, anche per prevenire l'instaurarsi o il peggiorare di situazioni di sofferenza o di franca patologia. La crisi economica di questi anni rischia di impoverire, con il taglio del budget, sia la qualità che la tipologia degli interventi dei servizi e quindi è indispensabile lavorare per integrare le risorse, per attivare le potenzialità di risposta e di sussidiarietà del territorio.

15

## PROGETTO "LIBERO DI CREARTI"

### Costruzione di una rete territoriale per l'aggancio precoce e la presa in carico dell'adolescente a partire da un protocollo d'intesa tra Prefettura-ufficio territoriale del governo di Pavia e l'Azienda Sanitaria Locale di Pavia

Raffaello Risalvato, *Psicologo del Ser.D Pavese ed Oltrepò, ASL Provincia di Pavia*

Questo lavoro vuole descrivere l'esperienza, avviata a gennaio 2010 e tuttora attiva, della graduale co-costruzione di una rete formale e informale, attiva sulla provincia di Pavia, a partire da un protocollo d'intesa, siglato a dicembre 2009, tra prefettura e ASL di Pavia. Tale protocollo sancisce la nascita di un'équipe integrata costituita da:

- lo scrivente
- Maria Savino, assistente sociale del Servizio Dipendenze Pavese ed Oltrepò
- Alma Gazzaniga, psicologa dei consultori dell'ASL Provincia di Pavia
- Laura Anemone, direttore di servizio sociale del Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura di Pavia.

L'obiettivo prioritario è l'aggancio precoce e l'eventuale presa in carico di soggetti nella fascia d'età 14-25, segnalati ai sensi dell'art. 75 o 121, attraverso il coinvolgimento di diversi soggetti istituzionali e la messa in campo di pratiche innovative.

L'équipe ha ritenuto di proporre, nell'ottica *sperimentale* dettata dal protocollo d'intesa, ai soggetti segnalati un colloquio preliminare a quello previsto dalla normativa - nel caso di soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75 - o un colloquio, nel caso di soggetti segnalati ai sensi dell'art. 121, per i quali la normativa non ne prevede; con tale colloquio, in entrambi i casi, ci si pone degli obiettivi perseguiti utilizzando il modello e gli strumenti applicativi della *terapia breve strategica*:

- aggancio del soggetto attraverso la costruzione di una valida relazione;
- raccolta del maggior numero di informazioni possibili per l'individuazione/definizione di un'eventuale problematica di abuso o dipendenza da sostanze e delle eventuali problematiche dell'area familiare/sociale/lavorativa
- accordo sugli obiettivi ed eventuale costruzione dell'ipotesi di intervento.
- eventuali prescrizioni/invii.

È stata messa a punto dall'équipe una lettera di invito, il più possibile vicina cronologicamente al periodo riguardante la segnalazione, per i soggetti segnalati,

che mettesse in luce la natura del colloquio, *disgiunta* da fini sanzionatori, ma con fini informativi e di conoscenza, colloquio da ritenersi pertanto assolutamente *svincolato* da ogni obbligo e di natura progettuale, e non normativa.

Di seguito, una prima tabella relativa ai colloqui svolti sinora:

	MINORI	MAGGIORI	STUDENTI	OCCUPATI	NON OCCUPATI	SOSTANZA SEGNALATA: CANNABIS, ALTRI	SOSTANZA SEGNALATA: ALTRE SOSTANZE	SEGNALATI AI SENSI DELL'ART. 121	AI SENSI DELL'ART. 75	TOTALE
MASCHI	96	242	197	96	45	276	62	22	316	398
FEMMINE	9	12	15	0	6	17	4	0	21	21
TOTALE	105	254	212	96	51	293	66	22	337	399

I colloqui svolti hanno dato modo agli operatori di entrare in contatto con una realtà difficilmente *visibile*, in particolare per quanto riguarda i soggetti segnalati ai sensi dell'art. 121, che finora non svolgevano colloqui con la Prefettura e raramente afferivano ai Servizi per le Dipendenze; i colloqui, nella maggior parte dei casi, hanno ottenuto l'obiettivo *strategico* di ottenere fiducia, rompere il sistema rigido di percezione della realtà e far percepire la possibilità di un cambiamento. Nella seconda fase del progetto è stata particolarmente intensa l'attività presso il servizio dipendenze, essendosi concretizzati gli invii dalla Prefettura, sia per mezzo dei colloqui sperimentali sia tramite l'attività istituzionale; al contempo, l'efficacia del lavoro svolto e il coinvolgimento di tutti gli operatori del servizio nelle segnalazioni ha contribuito ad attivare una serie di invii dal locale consultorio e anche da enti esterni (CPS, scuole, terapeuti esterni).

Occorre sottolineare come gli operatori abbiano, fin dall'inizio, cercato di superare la logica del "ciascuno lavora a casa propria" rendendosi disponibili a conoscere gli adolescenti segnalati nel servizio già da loro frequentato, in modo da aiutare a far superare loro le pregiudiziali sui servizi per le dipendenze; a questo si è aggiunta l'offerta di tempi dedicati, per diminuire l'impatto e favorire la compliance terapeutica.

Di seguito una tabella che riassume la provenienza degli invii al servizio dipendenze e il totale dei pazienti presi in carico:

SEGNALATI DA	PREFETTURA	CONSULTORI	FAMIGLIA	ALTRI SERVIZI (CPS, SCUOLE, ECC.)	TOTALE
MASCHI	37	9	9	6	61
FEMMINE	5	2	3	2	12
TOTALE	42	11	12	8	73

Nel tempo, il progetto ha allargato il proprio raggio di attività ed il numero dei servizi coinvolti; già dalla segnalazione alla prefettura di Pavia, i servizi che eventualmente si occupavano dell'adolescente segnalato (servizi sociali, neuropsichiatria infantile) hanno preso contatti con l'équipe del progetto.

In questo modo è stato possibile conoscere e concordare modalità di intervento condivise con gli operatori di un altro progetto innovativo attinente "l'intervento integrato di presa in carico di soggetti con esordio psicotico e con vulnerabilità clinica per disturbi psicotici" progetto che coinvolge sostanzialmente i minori affe-

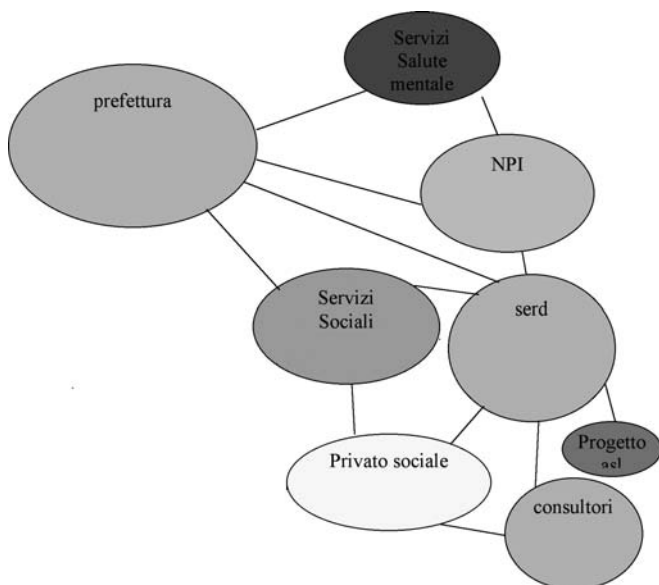
renti al Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia, e che trova corrispondenza /collegamento con un altro progetto che ha gli stessi obiettivi per i soggetti maggiori che afferiscono ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale della stessa Azienda.

Tale collaborazione è risultata quantomai efficace, poiché ha creato un canale binario di segnalazione tra i servizi, permettendo un'efficace sottolineatura e presa in carico degli aspetti attinenti l'esordio psicotico e la comorbidità psichiatrica negli adolescenti utilizzatori/abusatori di sostanze stupefacenti.

Il progetto denominato "Libero di Crearti" collabora con altri progetti presenti all'interno della stessa Azienda, come il progetto regionale sperimentale per la diagnosi precoce dei disturbi in età evolutiva "problemi in corpo, soluzioni in mente", attivo da settembre 2012, e il cui obiettivo è individuare il più precocemente possibile forme di sofferenza non riconosciuta ma agita, al fine di aiutare l'adolescente, la sua famiglia e i curanti a prenderne consapevolezza e ad affrontarla in maniera più adeguata.

Occorre inoltre citare la collaborazione dei servizi del privato sociale che, su invio dei servizi sociali e dei consultori, gestiscono il supporto formativo/lavorativo degli adolescenti provenienti dal circuito penale e in carico al Ser.D.

Di seguito uno schema della rete nella quale il progetto "Libero di Crearti" si è integrato (in azzurro i servizi del protocollo formale)



Con questo lavoro si è cercato di descrivere per sommi capi l'integrazione in una rete di relazioni mantenuta con il superamento delle prassi abituali di lavoro, e sempre senza alcun finanziamento o supporto economico e/o di personale, poiché l'équipe si compone di figure strutturate che seguono anche altre attività; il consolidamento di tale rete permette, attraverso l'aggancio precoce, di portare avanti una prevenzione efficace, cercando di intervenire su tutti i fattori di rischio sui quali i vari servizi possono intervenire.

## "FREE POINT", "CORPO E PERCEZIONE", "PER SENTIERI": AZIONI DI UN SERD IN MOVIMENTO

**M. Resentini, V. Andreoni, E. Barbieri, E. Chiesa, A. Epifani, P. Fortuna, G. Galimberti, L. Grimaldi, A. Moltoni, S. Pigazzi, M. Rovelli, R. Tortorella, E. Villa**

*Ser.T e NOA di Monza e Dipartimento Dipendenze ASL MB*

Nel corso del processo di riqualificazione delle offerte del SERD, considerata la necessità di gestire forme sempre più diversificate di dipendenza e disagio in una condizione di costante contrazione delle risorse disponibili, si è scelto di valorizzare l'esistente impegnando in modo innovativo le sinergie prodotte dalle reti interne ai servizi e da quelle attive sul territorio, in una prospettiva "ecologica" di intervento<sup>1</sup>. In questo percorso di riflessione e programmazione ci si è proposti di offrire risposte differenziate, strutturate in modo flessibile e modulate per tipologie omogenee di utenza, a sostegno di percorsi trattamentali sanitari, socio-sanitarie e sociali di tipo territoriale (in alternativa, ad integrazione o a conclusione di inserimenti presso strutture residenziali).

Si è pensato ad azioni che potessero essere sviluppate e ri-adattate in relazione alle caratteristiche dei diversi target (es. soggetti sottoposti a misure limitative delle libertà personale, alcolisti, cocainomani, giocatori compulsivi). L'idea da cui si è partiti è stata quella che fosse utile orientare le competenze, le motivazioni e gli interessi degli operatori adattandoli alle necessità di trasformazione delle offerte. La filosofia di intervento condivisa può essere riassunta assumendo la metafora del sole che:

- esiste di per sé, è quotidiano e gratuito;
- irradia il sistema in modo capillare;
- genera energia che, per essere vitale e produttiva senza "bruciare" o disperdersi, deve essere trasformata e utilizzata in modo competente.

All'interno di questo "eco-sistema" sono germogliate le azioni di seguito illustrate.

### "Free Point"

"Free Point" è un'azione informativa su tematiche relative alla salute degli utenti che afferiscono al Ser.T e al progetto Ulisse<sup>2</sup>. La finalità è quella di offrire uno spazio di libero accesso dove affrontare i temi della salute con un approccio di tipo pragmatico, partendo dalle abitudini e dalle competenze degli utenti.

**Obiettivi specifici:** favorire la comunicazione con gli utenti su tematiche sanitarie, sociali, legali e del quotidiano, in un'ottica di assunzione di responsabilità e di attivazione di parti identitarie non compromesse dalla condizione di dipendenza e di marginalità. Gli operatori, oltre che mettere a disposizione le conoscenze specifiche, svolgono una funzione di facilitatori della



comunicazione e dello scambio di competenze tra pari, in una dimensione di gruppo.

**Attività e durata:** incontro mensile della durata di circa 2 ore (il sabato mattina), condotto da operatori di diverse figure professionali (in relazione alle tematiche trattate) provenienti dai servizi del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento Dipendenze (max due). Nel corso degli incontri sono stati affrontati i seguenti temi, proposti dagli operatori o dai componenti del gruppo: patologie infettive legate all'uso di sostanze per via endovenosa; terapie farmacologiche; HIV; HCV e MTS; problematiche legali e sociali; accesso alle risorse territoriali; alcool; alimentazione, respiro e rilassamento; affidamento delle terapie; rapporti interpersonali.

**Target:** tutti gli utenti che afferiscono al servizio.

**Requisiti per l'accesso:** nessun requisito, chiunque può decidere di partecipare se interessato al tema proposto.

### **"Corpo e percezione"**

"Corpo e percezione" è un'attività di gruppo che vuole offrire uno spazio all'interno del quale realizzare azioni finalizzate al recupero di una sensibilità corporea e di un'armonica percezione di sé, attraverso la pratica di differenti discipline atte a sostenere un processo di auto-consapevolezza. Non vi sono finalità terapeutiche, ma si cerca di favorire un'esperienza di contatto con il proprio corpo nel qui ed ora.

**Obiettivi specifici:** migliorare la consapevolezza del proprio sé corporeo; educare alla cura di se stessi e del proprio benessere; acquisire tecniche semplici che l'utente può continuare a esercitare autonomamente anche alla conclusione del percorso.

**Attività e durata:** 8 incontri (1 di presentazione e introduzione con la presenza di un sanitario per riprendere qualche informazione di anatomia utile al lavoro sui meridiani, 7 di attività corporea) all'interno dei quali sperimentare: ginnastica dolce; tecniche di Do-In (automassaggio); stretching dei meridiani, rilassamento guidato e respirazione naturale.

La durata complessiva dell'attività è un'ora e trenta in orario pre-serale (ore 17).

**Target:** gruppo di 4 persone in carico ai Ser.T e NOA (l'entità numerica è condizionata dalle dimensioni limitate degli spazi a disposizione).

### **"Per Sentieri"**

"Per Sentieri" è un'attività motoria svolta in piccolo gruppo con la finalità generale di imparare a gestire in modo diverso il tempo libero e attuare pratiche di vita sana all'aperto, eventualmente anche in contesti organizzati.

**Obiettivi specifici:** recuperare un contatto positivo con il corpo, sviluppare la conoscenza e la confidenza con la pratica del camminare; avviare un processo di sensibilizzazione sulla gestione del tempo libero e della pratica sportiva/escursionistica.

**Azione e durata:** 6 incontri strutturati di attività fisica (1v. alla settimana) che si realizzano attraverso esercizi di riscaldamento e defaticamento, camminate veloci in spazi esterni al Ser.T/ NOA (percorsi vita, piste ciclopedonali, parchi cittadini). La durata complessiva dell'attività è di 1 ora 1/2 in orari differenziati per coloro che lavorano/non lavorano (tardo pomeriggio/inizio matti-

nata).

**Attività:** esercizi di riscaldamento e stretching; tecniche di respirazione; camminata a passo moderato e veloce; rilevazione della pressione; incontri con esperti (es nutrizionista, medico sportivo).

**Target:** gruppo di 6/8 persone in carico ai Ser.T e NOA. Le azioni "Corpo e Percezione" e "Per Sentieri" hanno condiviso: requisiti per l'accesso, modalità di invio, metodologie di intervento e risorse operatore.

**Requisiti di accesso:** capacità relazionale in contesti gruppalari, assenza di disturbi psico-patologici gravi. Non esistono controindicazioni, salvo per coloro che hanno problemi ortopedici, per gli asmatici e gli allergici (è comunque prevista una valutazione preliminare del medico dell'équipe trattamentale che segnala il caso per coloro che partecipano all'attività motoria e in ambienti esterni). La composizione del gruppo è valutata dagli operatori che gestiscono l'azione.

**Modalità di invio:** la partecipazione rientra nel progetto complessivo di cura della persona ed è richiesta dall'utente o valutata e proposta dall'operatore che ha in carico la situazione.

È previsto un momento di incontro con i conduttori per illustrare i contenuti e le modalità di svolgimento delle attività, le regole e le attrezzature richieste. Si richiede la firma del consenso informato per l'adesione all'attività e della liberatoria per eventuali rischi di danni e infortunio (solo il gruppo "Per Sentieri" in quanto sono previste attività all'esterno della struttura).

Rapporti con gli invianti: presentazione del caso ai conduttori ed esplicitazione del significato della proposta da parte degli invianti. Restituzione finale di quanto accaduto o emerso nel percorso (cura reciproca dello scambio informativo)

**Metodologia di intervento:** approccio diretto degli operatori che conducono l'azione (almeno due) attraverso colloqui di conoscenza; attivazione e gestione del gruppo; attivazione di altre risorse interne/esterne al servizio (operatori Ser.T/NOA, associazioni sportive, comunità residenziali, centro diurni).

**Risorse operatore:** operatori SER.D (almeno due). La risorsa operatore e relativo monte-ore sono ricompresi nella normale attività clinica, già tariffata e rendicontata attraverso MPF (attività di gruppo). È possibile il coinvolgimento gratuito di volontari o operatori di associazioni/comunità ecc.

### **Considerazioni**

Le attività di gruppo hanno riscontrato l'interesse degli utenti e al momento sono in fase di sperimentazione in una sola sede.

Allo spazio "Free point" hanno partecipato in media 5 utenti ad incontro, alcuni di loro sono stati presenti a quasi tutti gli appuntamenti, altri hanno partecipato solo a quelli che destavano il loro interesse.

Complessivamente è possibile affermare che almeno 25 persone con caratteristiche e condizioni molto diverse tra loro (da coloro che vivono in condizioni di marginalità a quelli che hanno una vita regolare e integrata), hanno aderito a questa attività. Le criticità non mancano, una di queste è la difficoltà ad una presenza regolare a fronte di temi che sembrano interessare molto gli utenti. Poche sono le persone che il sabato mattina si

sono presentate appositamente per partecipare agli incontri, pur affermandone l'utilità (ha più funzionato il "butta dentro" e l'invito diretto a coloro che stavano in sala d'aspetto in attesa di terapia). Di contro, i partecipanti hanno fornito interessanti contributi, interagendo attivamente tra loro e con l'esperto di turno.

L'attività "**Corpo e percezione**" è stata sperimentata con 4 utenti (3 uomini e 1 donna), che hanno frequentato gli incontri con regolarità ed interesse, senza manifestare alcun tipo di difficoltà alle proposte offerte loro. Lo spazio è stato "trasformato" in modo da creare un contesto ad hoc (luci basse, incenso, tappetini, campane tibetane e musica) al cui interno riproporre la ritualità prevista dalla tipologia delle attività. Il gruppo è stato composto secondo criteri di omogeneità (soggetti meno compromessi rispetto all'integrazione sociale) e questo ha agevolato la creazione di un clima collaborativo tra i partecipanti e con le conduttrici.

I feedback ricevuti dal gruppo sono che l'attività consente:

- di prendersi uno spazio per sé, dove fermarsi, rientrare in contatto con il proprio corpo e ascoltarlo (interessanti considerazioni sono state fatte sul respiro);
- di imparare a rilassarsi e a "stare" nei momenti di difficoltà.

Nel percorso esperienziale il rilassamento è fatto sia in apertura, al fine di consentire l'abbandono della quotidianità, che al termine degli esercizi come momento rigenerativo. Questa fase è la più apprezzata dai partecipanti che ne percepiscono la funzione di benessere.

Nel complesso, gli operatori coinvolti nelle azioni hanno verificato quanto sia sempre più necessario consolidare, all'interno dei servizi, modalità di intervento orientate al cambiamento del clima relazionale tra gli operatori e l'utenza, per andare oltre l'immagine di un luogo di "somministrazione e controllo" rafforzando gli aspetti legati alla cura e alla tutela della salute, nella loro accezione più ampia.

## LA GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO DELL'ADOLESCENTE CON ABUSO DI SOSTANZE

### Analisi del fenomeno presso l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano

**Antonio Villa\***, **Francesco Andreoli\*\***, **Anna Esposito\*\***, **Paolo Zanada\*\*\***, **Marco Pandolfi\*\*\*\***, **Mara Fiocchi\*\*\*\*\***

\* U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso,

\*\*Corso di Laurea Infermieristica,

\*\*\*U.O. Laboratorio,

\*\*\*\*U.O. Pediatria - A. O. Fatebenefratelli, Milano

\*\*\*\*\*ASL Milano - S.C. Ser.T 1, S.S. Ser.T Via Canzio

#### Introduzione

Dai recenti dati del Dipartimento Politiche Antidroga<sup>1</sup> emerge che l'andamento dell'uso di sostanze stupefacenti nel 2012 in soggetti tra i 15 e 19 anni ha subito una contrazione rispetto agli anni precedenti per quanto riguarda la cocaina, gli allucinogeni e l'eroina, ha mantenuto una sostanziale stabilità nei consumatori di cannabis, con una lieve tendenza alla ripresa ed ha evidenziato un incremento dell'uso di stimolanti (ecstasy e amfetamine) che interessa però meno del 2% della popolazione studiata. Anche l'utilizzo di alcool rimane sostanzialmente stabile, attestato sui valori medi europei. Il policonsumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i soggetti più giovani e si osserva infatti un aumento dell'associazione di alcool o tabacco con cannabis, mentre è in calo la percentuale dei giovani che consuma altre sostanze anche in associazione a tabacco e/o alcool.

Lo scopo di questo studio è quello di osservare alcuni dati sul fenomeno dell'abuso di sostanze negli adolescenti giunti in Pronto Soccorso (PS) e sulla gestione di tale problema da parte del personale infermieristico e medico; si è analizzato l'approccio partendo dal processo di triage fino all'iter diagnostico-terapeutico.

#### Materiale e metodi

Dal sistema informatico del PS dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano sono stati estratti e analizzati i verbali relativi a soggetti di pertinenza pediatrica (fino a 18 anni) giunti in seguito ad assunzione di alcool o altre sostanze d'abuso, nel periodo dal gennaio 2011 al dicembre del 2012.

Per ogni paziente sono stati registrati in un database le seguenti variabili: dati anagrafici, data e ora di arrivo in PS, codice di triage e motivo dell'arrivo, anamnesi tossicologica, esame obiettivo e parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pulsiossimetria, stato di

<sup>1</sup>Si intende utilizzare le risorse con particolare attenzione ai criteri di economicità, sostenibilità e tutela degli equilibri esistenti, in funzione del ben-essere di tutti i soggetti coinvolti.

<sup>2</sup>Progetto di Unità Mobile rivolto a tossicodipendenti attivi - Sperimentazione ex DGR 3239/2012

coscienza), esami di laboratorio (glicemia o DTX, alcoolemia, ricerca urinaria di sostanze d'abuso quali amfetamine, cocaina, marijuana, benzodiazepine, antidepressivi triciclici, barbiturati, metanfetamina, morfina, metadone, metilenediossimetamfetamina).

### Risultati

Sono stati analizzati 8036 accessi pediatrici in PS nel biennio 2011-2012; i soggetti compresi fra i 14 e 18 anni di età erano 1614: per la tipologia del nostro studio l'analisi è in relazione a questa parte di coorte.

I soggetti con diagnosi di dimissione dal PS relativa ad assunzione di alcool o altre sostanze d'abuso sono stati 108 (6,7%); 59 (55%) erano maschi di età media di 17±1 anni (min. 14, max 18 anni); i soggetti di sesso femminile erano 49 (45%) di età media di 16±1 anni (min. 14, max 18 anni) (differenze non significative).

Il 70% dei soggetti (76/108) erano di nazionalità italiana; fra gli stranieri vi era una maggiore prevalenza di soggetti provenienti dall'America Latina (32%), di due soggetti il dato non era disponibile.

In 15 soggetti (13,8%) è stato attribuito al triage un codice giallo, in 90 (83,5%) un codice verde e in 3 (2,7%) un codice bianco. Ad una revisione sistematica del processo di triage, secondo i protocolli in uso, i 3 codici bianchi risultavano corretti, mentre sulla base delle alterazioni di parametri vitali o dello stato di coscienza riscontrate all'esame obiettivo, 22 (20,4%) codici verdi risultavano non corretti, poiché dovevano essere codificati in giallo. Inoltre in 6 pazienti (5,6%) il motivo dell'arrivo, come riportato dall'infermiere di triage, non faceva riferimento al sospetto di abuso di sostanze.

In 10 soggetti (9,3%) l'assunzione di sostanze d'abuso era associata ad un traumatismo.

Le sostanze interessate sono rappresentate nella tabella 1. Globalmente nel 77% si è trattato di assunzione di alcool e nel 23% di cannabis; le altre sostanze sono rappresentate in percentuali minori.

La permanenza mediana in PS è stata di 5 ore e 7 minuti. Due pazienti (1,8%) sono stati ricoverati, 91 pazienti (83,5%) sono stati dimessi e 15 pazienti (14,7%) si sono allontanati o si sono dimessi volontariamente.

Al momento della dimissione in soli 5 pazienti (4,6%) è stato consigliato un contatto con l'ambulatorio per il disagio adolescenziale.

### Discussione e conclusioni

Dal nostro studio emergono alcuni dati che forniscono spunti di riflessione in merito ad aspetti di tipo epidemiologico, di tipo gestionale in PS e di tipo propositivo nella presa in carico di tali pazienti.

Fra i soggetti giunti in PS per abuso di sostanze non vi sono differenze statisticamente significative di genere, pur con una lieve prevalenza del sesso maschile.

Un dato interessante è relativo alla provenienza geografica: il 30% dei soggetti analizzati è straniero e questo può avere una valenza sociale significativa.

Significativa è l'associazione dell'evento di abuso legato ad un traumatismo nel 9% dei soggetti analizzati.

Si conferma che l'alcool rappresenta la sostanza più utilizzata (77%), seguita dalla cannabis (30%), mentre l'11% degli accessi è associato ad abuso di più sostanze;

Tabella 1 - Rappresentazione delle sostanze interessate

	n.	Sostanza	n.	%
Monosostanza	96			88,9
		alcool	74	
		cannabis	17	
		benzodiazepine	2	
		cocaina	1	
		sostanza non precisata	2	
Policonsumo	12			11,1
		alcool+ benzodiazepine	1	
		alcool + cannabis	6	
		Coca + eroina	1	
		alcool + sost. non precisata	1	
		cannabis + benzodiazepine	1	
		alcool + cannabis + triciclici	1	
		Coca + cannabis + benzodiazepine	1	

ze; questo dato potrebbe essere sottostimato poiché la ricerca delle sostanze nelle urine eseguita dal nostro laboratorio è limitata solo ad alcune di esse.

I pazienti pediatrici che giungono in PS per abuso di sostanze corrispondono al 7% degli accessi. La permanenza mediana in PS è stata di 5 ore. L'84% dei pazienti sono stati dimessi, 2 pazienti sono stati ricoverati perché le condizioni richiedevano un monitoraggio continuo e 15 persone si sono allontanate volontariamente. Questi dati possono significare che l'abuso di sostanze, seppur nella maggior parte dei casi si risolve in modo positivo, comunque richiede una permanenza in PS per tempi medio-lunghi e in alcuni casi sporadici richiede una ospedalizzazione.

Per quanto riguarda i dati relativi all'accoglienza al triage di questi pazienti, risulta una certa sottostima da parte dell'operatore di triage, per l'evidenza in circa il 20% dei casi di un non corretto processo di triage. A questo proposito può essere utile promuovere corsi di aggiornamento e di formazione continua per migliorare l'approccio e l'iter diagnostico e terapeutico agli adolescenti che si presentano in PS per abuso di sostanze. Infine, un dato significativo che emerge è che a soli 5 pazienti (4,6%) è stato consigliato l'ambulatorio per il disagio adolescenziale.

La nostra Azienda Ospedaliera dispone dal settembre 2008 di un ambulatorio multidisciplinare specificamente indirizzato agli adolescenti con disagi ed alle loro famiglie, in integrazione e condivisione con le strutture di Neuropsichiatria infantile, Psichiatria, e l'Associazione Onlus "Libera-mente". L'ambulatorio si propone come una risposta concreta per affrontare le problematiche che possono insorgere nel periodo adolescenziale (bullismo, abuso di sostanze, suicidio, disturbi alimentari). L'ambulatorio è gestito da un'equipe specialistica multidisciplinare, composta da due psichiatri, un neuropsichiatra infantile, due psicologhe cliniche e un pediatra con specializzazione in adolescentologia. L'equipe può effettuare una valutazione psicodiagnostica approfondita, mediante colloqui clinici con i ragazzi e le famiglie e la somministrazione di questionari e scale standardiz-

zate, mirati ad offrire interventi terapeutici ambulatoriali brevi o farsi carico dell'invio ai servizi neuropsichiatrici/psichiatrici di competenza territoriale, a seconda delle necessità cliniche.

Dai dati del nostro studio emerge che tale proposta possa diventare sempre più un valido strumento di aiuto per l'adolescente disagiato per il quale il primo contatto con le strutture sanitarie può essere rappresentato proprio dall'evento di abuso gestito in PS.

---

<sup>1</sup> *Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dipartimento Politiche Antidroga, Agosto 2012*  
<http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=91>



---

**FeDerSerD**