

Il lavoro quotidiano dei Servizi tra una legge sbagliata, tabelle incoerenti, ricorsi costituzionali 1

AREA FORMAZIONE

L'Alcolismo: necessità di formazione per gli operatori - Seconda parte
Il trattamento farmacologico della dipendenza da alcol
Mauro Ceccanti 3

AREA CLINICA

Trattamenti mirati e differenziati per le Tossicodipendenze: basi biologiche e cliniche per un approccio terapeutico personalizzato
Gilberto Gerra, Amir Zaimovic, Giovanni Strepparola e Allio Lucchini 9

La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive e nella comorbilità psichiatrica associata
Ezio Manzato, Cristina Biasin, Felice Nava 21

L'Esperienza cocainomane psicopatologia e trattamento dello "stato di base" psicotico
G. Di Petta, A. Caccia, D. Cavuoto, D. Della Porta, A. Di Cintio, E. Guerri, C. Padricelli, T. Pandolfi, S. Patrone, G. Trojano, A. Valdevit 31

AREA ANTROPOLOGICA, CULTURALE E SOCIALE

Etica e deontologia per le buone prassi nel trattamento dell'addiction e dell'abuso di sostanze
Maurizio Fea, Sandra Basti, Elisabetta Dodi 39

AREA MANAGERIALE ORGANIZZATIVA

Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze (Ser.T.)
R. Lovaste, E. Camin, G. Lorenzin, G. Guarrera; F. Fontana 45

NOTIZIE IN BREVE

Comunicato - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
Giornate della Salute - 21-27 maggio 2006 2 30

RECENSIONI

65

BUONE PRASSI NEI SERVIZI

Il MMG e la cura del dipendente da sostanze: un dovere etico tra scienza e legislazione. L'esperienza di Pescara
Pietro Fausto D'Egidio e Nadia Della Torre 66

DALLE REGIONI

Puglia, Campania, Sicilia 71

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso Tematico Nazionale di Alcologia 72

Mission

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



Il lavoro quotidiano dei Servizi tra una legge sbagliata, tabelle incoerenti, ricorsi costituzionali

La nuova legge n. 49 recentemente entrata in vigore comincia a provocare i primi effetti.

Iniziano, come avevamo facilmente previsto, i ricorsi alla Corte Costituzionale delle Regioni: già sei Regioni hanno provveduto all'impugnativa.

La mancanza di concertazione nella Conferenza Stato Regioni, l'intrusività della nuova legge nei poteri organizzativi delle Regioni in materia sanitaria e socio-sanitaria, le regole su certificazione e parità pubblico-privato, sia per le conseguenze economiche che per le previsioni organizzative, sono tra i temi impugnati presso l'Alta Corte.

Appare perciò attuale lo slogan del Cartello "Non incarcerate il nostro crescere", per cui "questa legge non può essere emendata, ma solo abrogata".

Le tabelle sulle sostanze, con i criteri previsti per la differenziazione tra consumo e spaccio, tanto attese e stralciate dal testo legislativo, sono infine state partorite in una forma parziale e cervellotica. È prevalso l'approccio ideologico al problema e la necessità tutta politica, di affermare la equivalenza di ogni tipo di sostanza psicotropa, a dispetto di tutte le documentate evidenze scientifiche che avrebbero dovuto suggerire maggiore prudenza e capacità di integrare aspetti disciplinari diversi nella stesura delle tabelle.

Una lettura bonaria potrebbe far affermare che la montagna politica ha partorito un topolino scientifico.

Di grosso rilievo per la funzionalità dei Servizi è la interpretazione di alcuni passaggi della nuova legislazione su temi quali la certificazione, il programma terapeutico individuale, le regole nell'utilizzo dei farmaci sostitutivi e dell'affidamento.

A dispetto delle ufficiose rassicurazioni che "nulla cambia con questa legge" fatte dai soliti esponenti paraministeriali e dell'assordante silenzio del Ministero della Salute, osserviamo comunque lo sforzo intelligente e costruttivo dei professionisti del settore, in particolare gli operatori dei Ser.T., unitamente ai livelli tecnici regionali, di dare qualità e appropriatezza ai risvolti interpretativi e applicativi della legge.

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO V, 2006 - N. 17

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Matteotti 72, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Luciana Bacci, Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Guido Faillace, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato, Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 30 aprile 2006

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

Un lavoro importante, che sta portando a conclusioni positive nella riaffermazione delle funzioni imprescindibili dei Servizi, della loro specificità e specializzazione, dell'interesse pubblico dell'azione antidroga.

La novità del nuovo Governo di centro sinistra alla guida del Paese richiama la necessità della costruzione di un diverso rapporto con la politica anche in questo settore, da tanto tempo invocato dalla nostra Federazione.

Se da un lato il programma dell'Unione rappresenta una novità sostanziale con impegni precisi e qualificati nel campo dell'intervento sulla droga, d'altro canto le difficoltà politiche connesse all'esito elettorale, potrebbero erroneamente far assumere atteggiamenti di cautela e forse di rinuncia ai nuovi legislatori.

Nostro compito, ancora una volta, sarà quello di contribuire a rendere il tema della dipendenza e dell'abuso di sostanze meno inquietante ed alieno per i cittadini e la politica che li rappresenta, ma più realistico e concreto, individuando e suggerendo le forme corrette ed appropriate per affrontare e contrastare un fenomeno complesso, che solo le semplificazioni interessate, possono illudere che sia possibile contrastare con le misure legislative recentemente prodotte.

NOTIZIE IN BREVE/COMUNICATO

Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Nel mese di marzo presso il Ministero della Salute sono iniziati i lavori per la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze, parte del NSIS (nuovo sistema informativo sanitario).

Partecipano ai lavori anche dirigenti nazionali di FeDerSerD in quanto nominati dalle Regioni di appartenenza.

Rappresenta un tavolo molto importante perché potrebbe essere questa una occasione per fare ulteriormente crescere la dimensione complessiva possibile di un vero governo clinico del nostro sistema di intervento per le dipendenze. Un governo clinico basato sulla EBM, sulla lunga esperienza degli operatori; sulla cultura del dato e la epidemiologia clinica come strumenti per una offerta di servizi tarata sui bisogni del territorio, per la valutazione e il miglioramento continuo delle nostre attività, per offrire al decisore politico (locale, regionale e nazionale e anche europeo) gli strumenti per monitorare il sistema e per operare modifiche utili e tempestive.

Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) deve essere capace a nostro giudizio di far tesoro di tutte le esperienze fin qui realizzate, ma soprattutto deve partire dalla centralità e dal protagonismo dei Servizi per promuovere un governo clinico possibile e soprattutto a misura di esigenze e risorse polimorfe.

Non dobbiamo ripetere gli errori compiuti negli ultimi anni, con la produzione di protocolli frutto di speculazioni teoriche, nella incapacità di partire da studi di fattibilità seri per la realizzazione di percorsi efficaci.

Nel prossimo numero pubblicheremo una riflessione sul Sistema Informativo Nazionale Dipendenze.

*Alfio Lucchini
Pietro Fausto D'Egidio*

L'Alcolismo: necessità di formazione per gli operatori.

Seconda parte

Il trattamento farmacologico della dipendenza da alcol

Mauro Ceccanti*

Questo articolo costituisce la seconda parte di un intervento tenuto dallo scrivente nel Convegno FeDerSerD (Lazio) nel 2005 e va a completare la prima parte pubblicata sul numero 16 di Mission. L'argomento trattato è di particolare interesse in un momento in cui gli operatori dei servizi delle Dipendenze stanno sempre più avvicinandosi al mondo che ruota intorno all'alcol. Purtroppo, per vari fattori esterni agli operatori e per l'obiettivo difficoltà dell'argomento, le idee su questo argomento sono poco chiare e risentono della carente formazione, dello scarso interesse delle Istituzioni ed, infine, della mancanza d'integrazione delle molteplici professionalità che dell'alcolismo si dovrebbero occupare. Tutti affermano che l'alcolismo è multidimensionale e multifattoriale, ma nell'attività pratica continuano a prevalere modelli di riferimento propri delle singole professionalità coinvolte. Queste difficoltà trovano riscontro nelle risposte date alle domande poste durante la conferenza e indicano che deve essere intrapreso un lungo percorso di formazione e integrazione delle conoscenze. Ancor più i problemi vengono amplificati nel momento in cui ci si propone di ricorrere al trattamento farmacologico: questa è la stessa difficoltà che ha fatto sì che la Food and Drug Administration (FDA), sinora, abbia approvato solo tre farmaci per il trattamento dell'alcolismo:

1. il Disulfiram (1944);
2. il Naltrexone (1994);
3. l'Acamprosato (2004, non in vendita in Italia).

Peraltro, molti altri farmaci vengono impiegati comunemente a tale scopo:

1. Nalmefene;
2. Antidepressivi e Inibitori del Reuptake della Serotonina;
3. Topiramato;
4. Beta bloccanti;

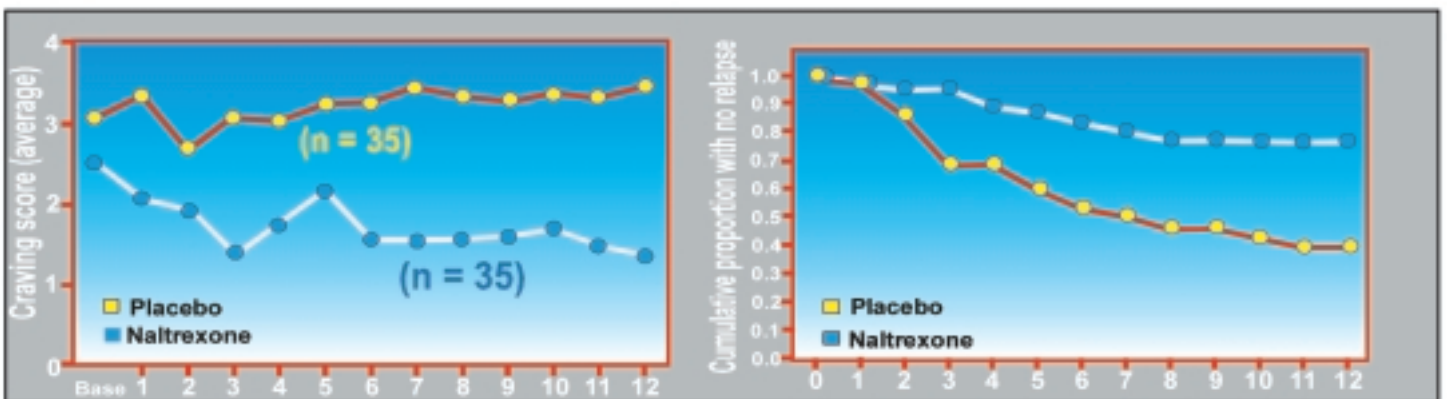
5. Ca antagonisti;
6. GHB.

È possibile comunque affermare che, ad oggi, molte sono le difficoltà e le incognite che si frappongono ad un tentativo di curare la dipendenza da alcol con presidi farmacologici. Spesso i successi che vengono descritti in letteratura sono parziali e vengono confutati da sperimentazioni successive. Tra l'altro deve essere posta molta attenzione ai risultati che vengono esaltati dagli informatori scientifici (come sempre, d'altronde) che tendono a magnificare gli effetti dei farmaci soprattutto facendo un uso non sempre corretto della statistica, con risultati confondenti soprattutto in un campo, quello della dipendenza da alcol, che presenta molti lati oscuri e ancora lontano dal poter essere definiti. Negli anni, molti farmaci sono stati proposti e contemporaneamente altri hanno deluso le aspettative dei ricercatori e delle persone con Problemi e Patologie Alcol Correlate (PPAC).

Tra i farmaci proposti un ruolo importante l'hanno occupato per esempio gli inibitori del reuptake della Serotonina, proposti per la prima volta nel 1985 da Naranjo e coll.: ad una più attenta analisi questi farmaci non hanno confermato la loro capacità di ridurre i consumi di alcol nei soggetti con alcol dipendenza, ma si sono rilevati capaci di diminuire i consumi solo nei cosiddetti bevitori sociali (Naranjo, 1996). D'altronde, precedentemente, analoga sorte era toccata agli antidepressivi triciclici ed ai sali di Litio. Quando nel 1992 Volpicelli [1] e la S.S. O'Malley [2] pubblicarono i risultati da loro ottenuti trattando pazienti alcolisti con il Naltrexone, utilizzato sino ad allora per la cura della dipendenza da oppiacei, sembra essere arrivati ad una svolta valida ed efficace: Volpicelli dimostra una diminuzione del craving per l'alcol e delle ricadute in soggetti trattati con Naltrexone alla dose di 50 mg/die (v. fig. 1).

Più complesso il lavoro della O'Malley che ricorre ad un trattamento integrato con Naltrexone e coping skills vs. placebo: in

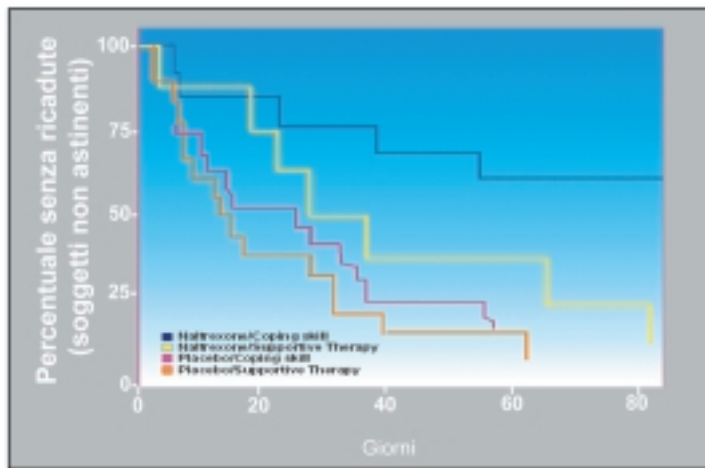
Fig. 1



* Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, Università La Sapienza, Roma.

questo caso il trattamento con NTX e coping skills si dimostra il più efficace nel prevenire le gravi ricadute (v. fig. 2). Nel 1999, Garbutt *et al.* [3], dopo un'attenta revisione di tutta la letteratura sul trattamento del craving per l'alcol dei 30 anni precedenti, afferma che solo il Naltrexone e l'Acamprosato offrono garanzie d'efficacia rispetto all'Antabuse, il Litio, gli SSRI, ecc. Successivamente Krystal *et al.* [4], dopo uno studio nei Veterans Hospitals giungono alla conclusione che il trattamento con il Naltrexone è praticamente inutile e non risolve il problema del craving. Questa affermazione arriva a chiudere un periodo di incertezze in cui i primi dati di Volpicelli ed O'Malley sono stati confermati in alcuni casi ed in altri no: gli stessi autori che per primi avevano dato l'indicazione del trattamento con Naltrexone dei soggetti con dipendenza da alcol sono costretti a riconoscere che ciò non si verifica sempre. In alcune sperimentazioni i soggetti arruolati sembrano non risentire affatto del trattamento farmacologico.

Fig. 2



Come si può vedere (fig. 3) l'assemblea si è divisa in due fazioni in cui prevale l'opinione che l'alcolismo, nonostante le osservazioni sopra riportate può essere trattato farmacologicamente (59%), anche se vi è una gran parte degli astanti che ritiene non utile il trattamento con farmaci o non sa esprimere un'opinione in merito (41%).

La domanda successiva era rivolta a valutare quale farmaco poteva essere preso in considerazione per il trattamento da parte di coloro che lo ritenevano possibile (fig. 4). Le risposte ancora una volta, dimostrano una certa confusione negli operatori se consideriamo che tutti i farmaci indicati hanno trovato (e possono ancora trovare) applicazione nel trattamento delle PPAC. Eppure solo il 45% ha fornito una risposta esatta, mentre il 55%

Fig. 3 - Sulla base di queste considerazioni, ritenete possibile un trattamento farmacologico dell'alcolismo?

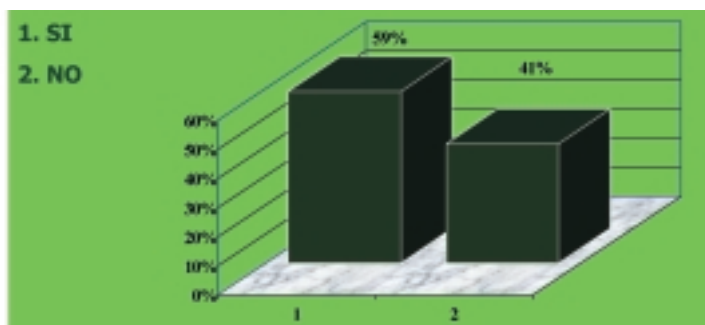
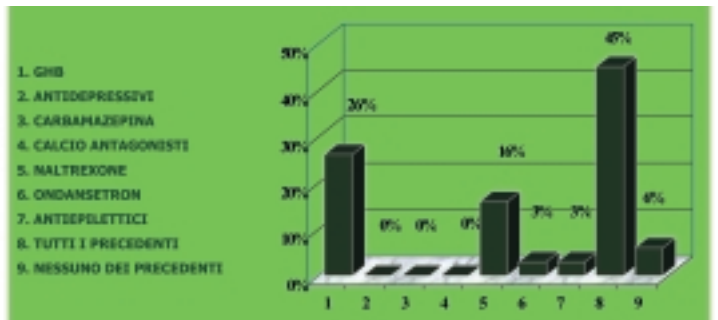


Fig. 4 - Con quali farmaci?



ha indicato, con percentuali diverse, un po' tutti i farmaci che erano stati indicati nella domanda. Andando ad analizzare le risposte, non hanno trovato sostenitori gli antidepressivi, la carbamazepina, i calcioantagonisti, solo il 3% hanno votato per l'Ondansetron e gli Antiepilettici, il 16% ha indicato il Naltrexone e il 26% il GHB. Da rilevare infine, come il 6% non abbia indicato nessuno dei farmaci suggeriti nella domanda. Effettivamente, nel dicembre 2001, quando il lavoro di Krystal *et al.* [4] viene dato alla stampa, sembra che il trattamento farmacologico della dipendenza da alcol sia definitivamente tramontato. Eppure, già nell'editoriale di quel numero del *New Eng. J. Med.* [5], E. Gordis afferma che nonostante quello che il lavoro di Krystal sembra dimostrare, sono comunque tante e tali le dimostrazioni dell'efficacia del Naltrexone nel trattamento dell'alcolismo che sarebbe un grave errore abbandonare questo farmaco: altre vie debbono essere percorse e soprattutto si deve considerare che i risultati di una sperimentazione sull'uomo in una patologia multifattoriale quale l'alcolismo deve tener conto della selezione dei pazienti in studio, in quanto altri fattori possono incidere nel risultato del trattamento. Infatti, soprattutto per terapie che vogliono intervenire sul funzionamento del SNC si deve considerare che ancor oggi non sono note tutte le interazioni che intercorrono a livello cerebrale e che spesso sono precipue del singolo individuo. Quando somministriamo un farmaco, la nostra attenzione è rivolta all'effetto, conosciuto, che andiamo a misurare: tuttavia, così facendo, trascuriamo gli effetti che il farmaco ha su altri sistemi e componenti del SNC e del nostro organismo. Questi effetti possono essere di tipo additivo e/o interattivo, sia in senso positivo che negativo. Ciò comporterà che l'effetto da noi misurato dipenderà dalla somma/sottra-

Fig. 5 - Quali dei seguenti fattori ritenete di dover considerare per stabilire una terapia?



zione (prodotto/divisione) dei fattori che il farmaco, durante la sua azione, modificherà. Sulla base di questo concetto, nel 2001, partì la caccia ai fattori che potevano interferire con i risultati di un trattamento farmacologico per l'alcolismo.

La maggior parte dei presenti (fig. 5) ha suggerito quale fattore più importante la comorbidità psichiatrica (50%), poi gli anni di consumo a rischio (30%) e l'età d'inizio del consumo a rischio (14%). Anche se non possiamo dire di conoscere tutti i fattori che favoriscono l'insorgenza dell'alcolismo e che interferiscono con l'effetto dei farmaci, alcune indicazioni possono essere utili per orientarsi nel tipo di farmaco da prediligere in alcune condizioni.

La familiarità

La presenza di una familiarità per alcolismo sottende ad una condizione del biochimismo cerebrale particolare per la quale i figli di soggetti con dipendenza da alcol hanno particolari risposte all'alcol, che li distinguono dai controlli.

Nella nostra esperienza i soggetti con Familiarità Positiva per l'Alcol (FPA) (v. fig. 6) rispondono in modo diverso al trattamento con Naltrexone rispetto ai soggetti con Familiarità Negativa (FNA) (v. fig. 7). Nei soggetti con FNA la somministrazione di NTX appare addirittura meno efficace del placebo per l'esito del trattamento; infatti circa il 56 % dei trattati (vs. 33% dei controlli) abbandona il trattamento prima dei sei mesi. Al contrario nei soggetti con FPA, solo il 14% (vs. 38% dei controlli) abbandona il trattamento prima dei sei mesi. È chiaro che le condizioni di base che danno origine all'alcolismo in questi soggetti sono sensibili agli

Fig. 6 - FPA

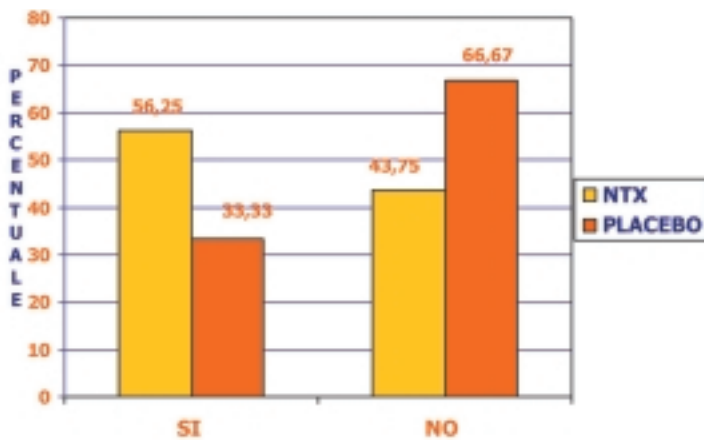
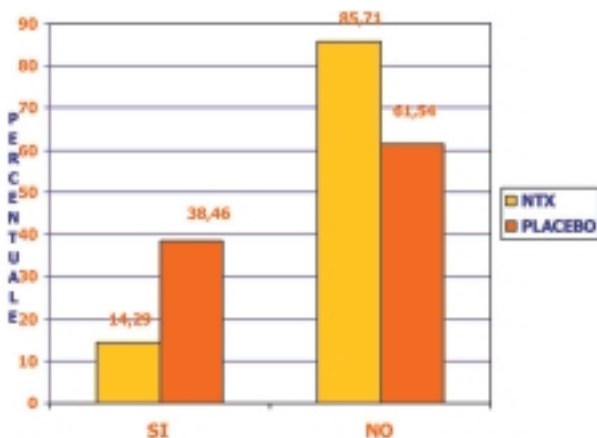


Fig. 7 - FNA



effetti del NTX, mentre nei soggetti con FNA, non esistendo queste condizioni, si viene a determinare un'aspettativa eccessiva per l'effetto del farmaco che provoca risultati inferiori a quelli dei controlli senza farmaco e con il solo supporto socio-psicologico. Altri studi confermano l'importanza del fattore familiarità nello sviluppo dell'alcolismo. Sia negli studi di Cloninger et al. che in quelli di Babor *et al.*, questo fattore assume un ruolo significativo nelle classificazioni proposte, le quali a loro volta, sono estremamente utili nell'approccio terapeutico. Classici, ormai, i lavori di Bankole *et al.* sull'Ondansetron, un antagonista dei recettori 5HT3. Dagli studi di quest'autore si evince che i soggetti classificati come tipo 2 di Cloninger (o B di Babor), in cui l'insorgenza dei problemi alcol correlati è precoce e vi è spesso una familiarità positiva per alcolismo, il trattamento con Ondansetron è utile per ridurre i consumi di alcolici.

La comorbidità

Un altro fattore da considerare è la comorbidità psichiatrica. Molto spesso è difficile distinguere se, in alcuni individui, questa rappresenta la causa o è la conseguenza della dipendenza da alcol. Infatti, spesso l'alcol viene utilizzato quale automedicazione da parte di coloro che presentano un disagio psichico. Altre volte è l'alcol stesso a mimare segni e sintomi psichici che risultano confondenti per l'inquadramento del paziente. Il trattamento farmacologico deve prevedere un'attenta valutazione dello stato psichico del paziente e risolvere i problemi che si evidenziano contemporaneamente alla sospensione dell'alcol, pena l'insuccesso dell'approccio terapeutico. Allo stesso tempo, l'utilizzazione di farmaci validi per il trattamento di disturbi psichiatrici non ha motivo d'essere ove questa componente non sia presente. Naranjo *et al.*, per primi, proposero l'utilizzazione di antidepressivi nell'alcolismo: tuttavia, dopo i primi successi, molti altri studi misero in dubbio l'efficacia di quest'approccio sino a quando, circa 10 anni dopo, Naranjo stesso affermò che gli antidepressivi non avevano alcuna efficacia nel trattamento della dipendenza da alcol, ma erano efficaci nel ridurre il consumo di alcolici nei bevitori sociali. H. Pettinati ha condotto numerosi lavori su questo argomento ed ha suggerito la possibilità che la Sertralina (un inibitore del reuptake della Serotonina) sia in grado di ridurre il consumo di alcolici in soggetti classificabili come tipo 1 di Cloninger.

La genetica

Già gli studi di Cloninger sui gemelli omozigoti avevano indirizzato la comunità scientifica a ricercare il gene dell'alcolismo. Un impulso potente a questi studi si ebbe certamente quando in

Tab. 1

FARMACOCINETICA	ADH1C	
GENI CHE MODIFICANO LA FARMACODINAMICA	GABRA2 GABRG3	CHMR2
SOTTOTIPI DEI RECETTORI DEGLI OPIOIDI	OPRM1 (A118G → Asn40Asp) OPRD1 OPRK1	
RECETTORE D2 DELLA DOPAMINA	DRD2	
GENE DEL RECETTORE DELLA SEROTONINA	5-HTTLPR	

un numero di *JAMA* dell'aprile 1990, K. Blum pubblicò un articolo in cui affermava di aver trovato nell'allele A1 del recettore D2 della Dopamina il gene dell'alcolismo. Alcuni lavori successivi confermarono il lavoro di Blum, altri diedero risultati completamente negativi. Dopo alcuni anni di discussione si arrivò a concludere che questo tipo gene era presente solo in forme gravi di alcolismo e con frequenze diversificate nelle varie etnie. Tuttavia la ricerca di geni che potessero spiegare l'insorgenza di alcolismo nella popolazione ricevette un grande impulso ed ancor oggi continua. Nella tabella 1, sono riportati i principali polimorfismi oggetti di studio in questo momento.

Il danno cerebrale

Il danno cerebrale (fig. 8) è determinato dal contatto diretto dell'alcol con le membrane cellulari, dalla formazione di radicali liberi e dall'interazione dell'acetaldeide con proteine e altre componenti del tessuto cerebrale. Ma il danno che si viene a determinare è diffuso o localizzato ad alcune strutture del nostro cervello? Le risposte dell'assemblea sono riportate nella figura accanto che dimostra un'ampia divergenza d'opinioni negli operatori. Il danno cerebrale prodotto dall'alcol si può ritenere, per la maggior parte, un danno specifico che colpisce strutture precise e ben individuate. In estrema sintesi possiamo affermare che l'alcol colpisce:

1. Il Cervelletto, i cui compiti nel coordinamento motorio sono ben noti. Meno noto è il suo ruolo di coordinamento anche della secrezione ormonale che sta emergendo in questi ultimi anni.
2. Il Corpo Calloso, è una struttura che consente la comunicazione tra i due emisferi cerebrali. È particolarmente colpito nella Sindrome Feto-Alcolica, che colpisce i bambini nati da madri che durante la gravidanza hanno bevuto alcolici. Circa il 42% dei bambini che nascono da madri alcoliste che continuano a bere durante la gravidanza hanno questa sindrome; meno comprensibile, ed è oggetto di numerosi studi in questo momento, è l'insorgenza di questa sindrome anche in bambini nati da madri che bevano alcolici in quantità che potremmo considerare normali (1 UA/die, circa 150 ml vino, 330 ml di birra, 30 ml di superalcolico). Questi bambini sviluppano un caratteristico rallentamento della capacità di elaborare i dati e sono destinati ad avere problemi d'inserimento scolastico e sociale.
3. L'ipotalamo: vengono colpiti, in particolare, il nucleo Paraventricolare e il nucleo Soprattattico. Il primo, soprattutto, è

importante perché è in questo nucleo che vengono a essere sintetizzati i Fattori Rilascianti il Cortisolo (CRF), il TSH, gli ormoni sessuali, l'Ossitocina e la Vasopressina. Il CRF è essenziale nella reazione dell'organismo allo stress e, pertanto, un'alterazione della sua secrezione comporta una modifica della risposta dell'organismo allo stress stesso. Se si considera che anche gravi eventi traumatici sofferti nell'età infantile provocano una diminuzione delle capacità dell'individuo di rispondere agli eventi stressanti, si comprende come l'asse Ipotalamo - Ipofisi - Surrene abbia un rilevante ruolo nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza da alcol.

4. Il Lobo Frontale: è la sede del pensiero superiore, della capacità di creare categorie, progettare, pianificare e controllare gli impulsi. L'alcol provoca danni in questa sede che vanno dall'ipoperfusione vascolare al danno neuronale vero e proprio. La zona orbito frontale sembra essere la più colpita e la sua alterazione determina modificazioni comportamentali importanti e caratteristiche.

Sulla base di queste considerazioni, riaffiora prepotentemente il dubbio secolare se la mente umana viene configurata in base a processi che dipendono dal pattern genetico individuale o è il risultato di un "apprendimento" conseguente a stimoli ambientali "validi". Le conoscenze attuali permettono di cominciare a chiarire questo dubbio che ha coinvolto numerosi filosofi e studiosi in una diatriba avvincente, con il prevalere di una tesi o dell'altra senza arrivare ad una conclusione definitiva.

Lo sviluppo neuropsicologico: dal feto all'uomo

Quando un bambino viene concepito, prendono il via una serie imponente di processi programmati minuziosamente dal genoma individuale. Le cellule proliferano e si differenziano portando alla formazione dei vari sistemi ed apparati che, alla nascita, vengono messi in condizione di affrontare la vita. In questo periodo di sviluppo del feto, qualunque modificazione da parte di sostanze esterne può modificare profondamente questa programmazione. Certamente, uno dei Sistemi che più possono risentire di questi effetti è il Sistema Nervoso Centrale: ogni giorno, durante il periodo fetale, si formano circa 200×10^6 neuroni che proliferano, migrano nelle sedi che sono loro assegnate dove si differenziano acquisendo la loro definitiva specificità. L'alcol inibisce la proliferazione, la migrazione e la differenziazione neuronale attraverso diversi meccanismi, quali: alterazione della espressione di geni regolatori, distruzione della sinaptogenesi, interferenza con i segnali molecolari che regolano la morte e la sopravvivenza cellulare [6-11]. Come l'alcol altre sostanze e/o carenze di sostanze possono interferire, in questa fase, con il corretto sviluppo del feto. Altri fattori si vanno però proponendo in quanto capaci di modificare la storia naturale della vita. Meaney *et al.*, nel 2004, hanno pubblicato un lavoro in cui dimostrano come le cure materne (stimoli emotivi) possano determinare una modificazione epigenetica della capacità di sintesi dei recettori per i glucocorticoidi che hanno un ruolo centrale nella gestione dell'ansia. Già numerosi lavori precedenti avevano dimostrato che le carenze affettive, gli stress subiti durante l'infanzia, erano tutti fattori capaci di ridurre il numero dei recettori per i glucocorticoidi e quindi abbassare la soglia allo stress in questi bambini. Ciò provoca in loro insicurezza, bassa autostima, che diverrà evidente soprattutto nell'adolescenza, un periodo della vita che propone quotidianamente un confronto stressante con i pari età e diminuisce le capacità protettive della famiglia. Le difficoltà di comprendere, nei singoli individui, i fattori che determinano l'alcolismo sono accentuate dai polimorfismi genetici, variazioni puntiformi di un gene, che possono modificare profondamente le

Fig. 8 - Il danno cerebrale da alcol è:



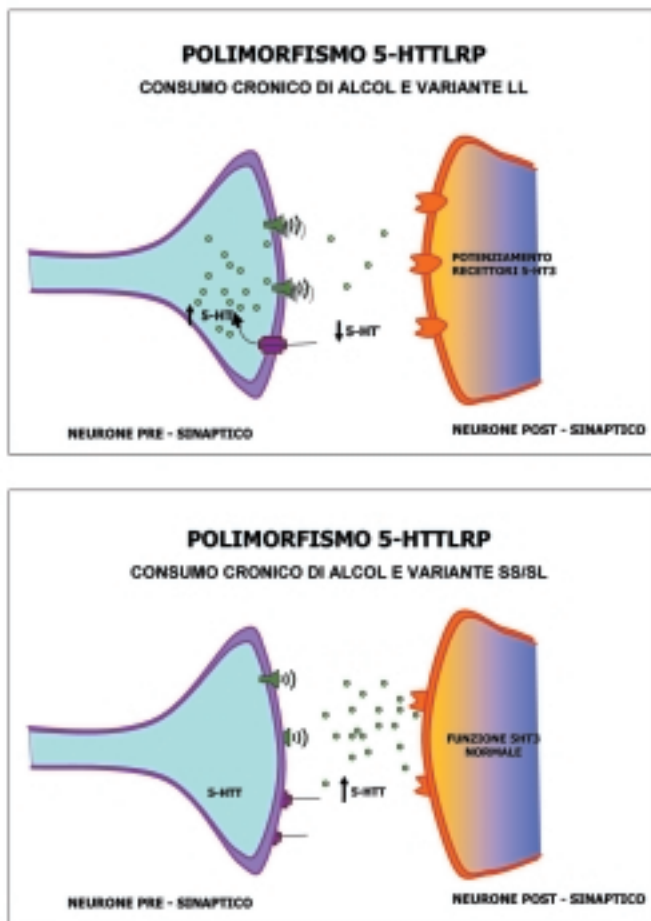
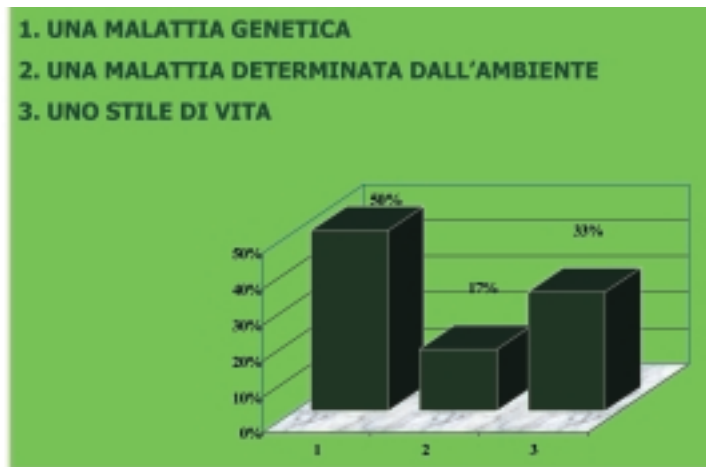


Fig. 9 - L'alcolismo è...?



I teatri della vita

Nello stesso giorno in cui un bambino viene concepito inizia a percepire il mondo esterno, a essere consapevole del suo stato interiore quale fame, stanchezza, malessere. Appena nasce e inizia a svilupparsi, comincia a prestare attenzione alla luce, alle voci, e a tutti gli stimoli interni ed esterni. Come il bambino cresce ed apprende prende consapevolezza di ciò che percepisce. Lungo il percorso della vita, i due emisferi cerebrali, le caratteristiche sessuali, le funzioni cerebrali superiori (movimento, memoria, linguaggio, emozioni, e abilità sociali) maturano. Infine, ogni bambino diviene un individuo con un'unica individualità, un set speciale di comportamenti, e con i suoi personali problemi, per la maggior parte lievi, ma in alcuni casi abbastanza gravi da potersi definire disturbi mentali. È chiaro che qualsiasi alterazione di questo sviluppo determinerà una modificazione del percorso sia a monte che a valle provocando cambiamenti in una programmazione ferrea, ma aperta agli stimoli esterni. Il prodotto finale sarà l'uomo, quell'uomo che si rivolge ai nostri servizi per i disturbi che prova e che vengono da noi classificati in vario modo, ma sempre tenendo poco conto sul come si sono prodotti. Un approccio terapeutico che abbia qualche speranza di essere produttivo, invece, non potrà non tener conto del percorso e degli ostacoli che il fiume della vita ha incontrato lungo il suo percorso.

Bibliografia

- [1] Volpicelli *et al.*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992, 49:876-880.
- [2] O'Malley S.S. *et al.*, *Arch. Gen. Psychiatry* 1992:881-887.
- [3] Garbutt J.C. *et al.*, *JAMA*, 1999, 281:1318-1325.
- [4] Krystal J.H. *et al.*, *New Engl. J. Med.*, 2001, 345:1734-1739.
- [5] Gordis E. *et al.*, *New Engl. J. Med.*, 2001, 345: editoriale.
- [6] Carlsson A. *et al.*, "Effect of ethanol on the metabolism of brain catecholamine", *Psychopharmacologia* (Berlin), 30:27-36; 1973.
- [7] Miller M.W., "Effects of prenatal exposure to ethanol on cell proliferation and neuronal migration", in Miller M.W. (Ed.), *Development of the Central Nervous System: Effects of alcohol and opiates*, New York, John Wiley, pp. 47-70, 1992.
- [8] Lindsley T.A. *et al.*, Rising L.J., "Time-lapse analysis of ethanol's effects on axon growth in vitro", *Brain Res Dev Brain Res*, 147:191-199, 2003.
- [9] Phillips D.E., "Effects of limited postnatal ethanol exposure on the development of myelin and nerve fibers in rat optic nerve", *Exp Neurol*, 107:90-97, 1989.
- [10] Liesi P., "Ethanol-exposed central neurons fail to migrate and undergo apoptosis", *J Neurosci Res*, 48:439-448, 1997.
- [11] Peng Y., Yang P.-H., Ng S.S.M., Wong O.G., Liu J., He M.-L., Kung H.-F., Lin M.C.M., "A critical role of Pax6 in alcohol-induced fetal microcephaly", *Neurobiol Dis*, 16:370-376, 2004.

Trattamenti mirati e differenziati per le Tossicodipendenze: basi biologiche e cliniche per un approccio terapeutico personalizzato

Gilberto Gerra*, Amir Zaimovic*, Giovanni Strepparola** e Alfio Lucchini**

Secondo un recente studio del WHO (World Health Organization) (2004) che ripropone le evidenze sui disturbi "addittivi" nel campo delle neuroscienze, i disturbi da uso di sostanze possono essere considerati a pieno titolo malattie del sistema nervoso centrale, in misura analoga a quanto viene riconosciuto per l'interpretazione eziologica degli altri disturbi mentali. Le conoscenze approssimative, le risposte improvvisate, volontaristiche ed artigianali, le ricette interpretative univoche e le risposte risolutive standard, i riduzionismi e le mistificazioni che guardavano di volta in volta alla dipendenza da sostanze secondo modelli conformi alla cultura o all'ideologia del momento, dovrebbero lasciare il campo agli studi approfonditi, alle evidenze misurabili e ai riferimenti scientifici, rendendo possibile un'appropriate interpretazione della complessità di queste forme psicopatologiche.

Gli esempi di interpretazioni univoche e "standardizzate" che ci hanno accompagnato sino ad oggi non sono difficili da rammentare. "La tossicodipendenza è un problema sociale; la tossicodipendenza è dovuta a una carenza educativa; la tossicodipendenza è una forma di automedicazione nella maggioranza dei casi" – si asseriva in modo categorico.

Anche tra i cultori della neuro-biologia e della neuro-farmacologia, i tentativi di ricondurre i disturbi da uso di sostanze a un meccanismo d'azione unico, supportando modelli di risposte terapeutico-riabilitative semplici, univoche e onnicomprensive sono stati molto frequenti e diffusi. Con estrema leggerezza e con un atteggiamento di "semplificazione" applicato stranamente solo ai disturbi da uso di sostanze, l'instaurarsi della dipendenza da droghe è stato attribuito, di volta in volta, ad un'alterazione della dopamina, cioè del sistema della gratificazione e della motivazione; a un deficit dei peptici oppioidi endogeni o dei recettori oppioidi a livello cerebrale; ad alterazioni dell'attività elettrica cerebrale.

Le conseguenze di queste interpretazioni riduzionistiche ed univoche, sia nel campo psicosociale e pedagogico, sia in quello delle neuroscienze, hanno indotto un appiattimento dell'offerta delle opportunità terapeutiche, con il ricorso a strumenti sociali, pedagogici o farmacologici cui veniva attribuita dai rispettivi "sostenitori" una capacità taumaturgica assoluta e ottimale in se stessa.

Se si vanno a verificare in termini scientifici, con un approccio anamnestico-evolutivo approfondito e mediante un assessment multidimensionale accurato, le asserzioni "semplificanti" e le sbrigative ipotesi causali unitarie, ci si accorge quanto esse siano lontane dalla realtà vera dei disturbi da uso di sostanze, parziali e limitate a sottogruppi di pazienti, relative più ad un aspetto del problema che alla sua estesa e variegata complessità. Non è faci-

le comprendere come mai tante sottili distinzioni siano applicate di diritto all'interpretazione delle altre problematiche sanitarie, comprese quelle di carattere psichiatrico, e non debbano servire per la lettura di queste forme di sofferenza psichica o per la definizione di appropriati interventi terapeutici nell'ambito delle dipendenze. Le tipologie di stenosi aortica in cardiologia, i diversi quadri di disfunzione metabolica (tipo 1 e tipo 2) in diabetologia, i sottotipi di disturbo bipolare in psichiatria e i sottogruppi di pazienti nell'ambito dei disturbi di personalità costituiscono soltanto alcuni esempi dell'approccio mirato e differenziato che è attuato dalle altre discipline in modo sistematico. Al contrario, secondo l'approccio culturale degli ultimi trent'anni, i disturbi da uso di sostanze si esprimerebbero in quadri clinici unitari: *il tossicodipendente, l'alcoolista, il cocainomane* con superficiali attribuzioni della definizione nosologica alla sostanza utilizzata. Allo stesso modo, anche la cura possibile è divenuta, secondo questa ottica superficiale, una "cura unica", un percorso rieducativo, un reinserimento sociale, un farmaco corrispondente in modo meccanicistico ad un'ipotetica causa unitaria. Una gran parte dei pazienti sono stati costretti ad adattarsi a trattamenti standard, gli unici disponibili, altri sono stati dissuasi dal rivolgersi ai Servizi pubblici e privati che offrivano un modulo terapeutico singolo e uguale per tutti, in ambienti stigmatizzati.

La strutturazione di percorsi terapeutici mirati e differenziati in un ambito clinico appropriato e rispettoso della persona richiede la revisione degli elementi di complessità che ai vari livelli caratterizzano le tossicodipendenze e l'alcoolismo, e costituiscono le basi per interventi di cura razionali e integrati.

Complessità e distinzioni in ambito neurobiologico

Il fatto che le alterazioni del sistema dopaminergico siano implicate nel meccanismo neurobiologico che spiega il comportamento addittivo (Gessa *et al.*, 2000; Diana *et al.*, 1999; Di Chiara *et al.*, 2004; Di Chiara, 2002) non può essere messo in discussione. Ciò che deve essere considerata è la complessità di queste alterazioni a vari livelli che consente di ipotizzare consistenti differenze nell'ambito dell'espressione clinica dei disturbi da uso di sostanze. Ad esempio, è noto come gli individui che sviluppano abuso e dipendenza e verosimilmente presentano un quadro "allostatico" della neurotrasmissione cerebrale (Koob, 2003) non si siano esposti alle sostanze psicotrope d'abuso a partire dalle stesse condizioni della funzione dopaminergica. Una notevole varietà di polimorfismi dei geni che codificano per l'espressione del recettore della dopamina (Szilagy *et al.*, 2005; Bahi *et al.*, 2005; Yoder *et al.*, 2005; Heidebreder *et al.*, 2005; Laucht *et al.*, 2005; Cloninger, 1991; Comings *et al.*, 1991; Blum *et al.*, 1991) e del transporter per il reuptake della stessa (Zahner *et al.*, 2004; Munafo *et al.*, 2004; Limosin *et al.*, 2004; Lindsey *et al.*, 2004; Newman and Kulkarni, 2002; Little *et al.*, 1998;

* Centro Studi Farmacodipendenze, Ser.T., AUSL Parma.

** Osservatorio Territoriale Droghe e Tossicodipendenze - OTDT, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Provincia di Milano 2.

Volkow *et al.*, 1997) possono interferire significativamente sul tono dopaminergico provocando variazioni del legame recettoriale o sensibili cambiamenti dei livelli intrasynaptici (Volkow *et al.*, 2000; Limosin *et al.*, 2004). Tali alterazioni, associate a tratti della personalità o vere e proprie patologie psichiatriche, se da un lato costituiscono elementi essenziali della vulnerabilità per l'addiction, non sono presenti in tutti i pazienti con disturbi da uso di sostanze, ma soltanto in una porzione di essi (Gerra *et al.*, 2005; Barre *et al.*, 2001; Kirley *et al.*, 2002).

In aggiunta, numerose evidenze sottolineano oggi come le alterazioni della funzione della dopamina nei disturbi addittivi possano essere indotte attraverso vie del tutto differenziate, che di volta in volta prendono in considerazione i neuroni GABA B, il sistema serotoninergico, il sistema NMDA. Nuovamente, si può verosimilmente immaginare come l'impatto con le droghe possa avvenire, nel singolo individuo, a partire da costellazioni genetiche e neuroendocrine differenti, tali da coinvolgere, in relazione a fortuite combinazioni, maggiormente il sistema serotoninergico (Limosin *et al.*, 2005; Hamon, 2002) oppure quello gabaergico (Malcolm, 2003; Chang *et al.*, 2002; Li *et al.*, 2002) o ancora il sistema recettoriale del glutammico e dell'aspartico (NMDA) (Noda and Nabeshima, 2004; Nagy, 2004; Kovach, 2003). Anche in questo caso non sembra plausibile considerare un quadro neurobiologico univoco per il tossicodipendente, ma differenti tipologie psicobiologiche caratterizzate dal prevalere di assetti neurochimici variegati, seppure convergenti sulla disfunzione della dopamina.

Anche per ciò che concerne il sistema dei peptidi oppioidi endogeni, così considerato dalle ipotesi per spiegare i disturbi addittivi, soprattutto in relazione alla dipendenza da eroina, occorre ricordare che, se le alterazioni geneticamente trasmesse del recettore oppioide mu appaiono associate con una propensione all'addiction (Kreek, 2002; Ikeda *et al.*, 2005), questo non significa necessariamente che tutti gli eroinomani siano affetti da questa alterazione. Analogamente, le alterazioni geneticamente determinate dei livelli di beta-endorfina o metencefaline, considerate tra i correlati biologici della dipendenza da oppiacei (Roth-Deri *et al.*, 2004; Cowen *et al.*, 2004; Chen *et al.*, 2004), non caratterizzano la totalità dei soggetti che sviluppano la dipendenza dall'eroina. Più recentemente, un polimorfismo dei recettori kappa oppioidi appare implicato nel rischio per i disturbi da uso di sostanze (Yuferov *et al.*, 2004), ma la sua incidenza tra gli eroinomani non supera il 15-16%.

Le alterazioni geneticamente indotte dei livelli di dinorfina, l'agonista endogeno dei recettori oppioidi kappa, sono state ricondotte a condizioni cliniche a rischio per i disturbi addittivi (Yuferov *et al.*, 2001), ma caratterizzano evidentemente un sottotipo di pazienti tossicodipendenti, con possibili conseguenze sulla funzione della dopamina stessa e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Pliakas *et al.*, 2001).

Se si prendono in considerazione le evidenze in ambito elettroencefalografico, più volte segnalate in letteratura in relazione all'alcolismo, ci si trova di fronte nuovamente a markers che non possono essere attribuiti a tutti gli alcoolisti, ma ad un sottogruppo caratterizzato da particolari connotazioni cliniche, della storia familiare e del comportamento (Houston *et al.*, 2004; Houston *et al.*, 2003).

Le stesse alterazioni morfologiche a livello orbito-frontale, riportate sempre più frequentemente tra i possibili antecedenti dei disturbi da uso di sostanze, sembrano essere presenti in prevalenza tra i soggetti con disturbi psichiatrici durante l'infanzia e l'adolescenza, e sarebbero sottesi a quadri differenti di inibizione comportamentale (Woods, 1992).

Non si possono ignorare, da ultimo, le varieguate combinazioni di fattori genetici ed ambientali nel costituire specifici quadri di vulnerabilità per la malattia addittiva (Kreek *et al.*, 2005), ma anche le implicazioni di farmacogenetica, capaci di cambiare in modo distinto le risposte alle sostanze psicotrope e la percezione delle stesse (Ciraulo *et al.*, 2003).

Il paziente tossicodipendente può presentare una storia clinica che comprende eventi avversi durante la gravidanza (Davies and Bledsoe, 2005), il periodo perinatale (Thadani, 2002; Delaney-Black *et al.*, 1998) e nel corso della prima infanzia (Turner and Lloyd, 2003; Barnow *et al.*, 2002; Dinwiddie *et al.*, 2000), ma non obbligatoriamente e non nella stessa misura. Possiamo oggi considerare che gli elementi socio-ambientali modulano o mediano l'azione dei geni non attraverso "interferenze magiche", ma attraverso misurabili e stabili alterazioni neurochimiche, nonché oggettivi adattamenti della plasticità neuronale e della trascrizione del patrimonio cromosomico stesso (Le Foll *et al.*, 2002). Dunque essere stati esposti allo stress in gravidanza o meno, aver avuto un attaccamento parentale insicuro e disorganizzato o una buona relazione con i genitori, aver subito condizioni di negligenza e abuso o piuttosto accudimento appropriato e tenerezza, tutto questo produce alterazioni della neurotrasmissione che possono ridisegnare il quadro definito dai fattori genetici.

Se si considerano queste possibili embricazioni nella concatanazione eziopatogenetica che conduce all'instaurarsi dei disturbi da uso di sostanze, diviene davvero impossibile guardare ai pazienti alcoolisti e tossicodipendenti come ad una realtà omogenea, valutata soltanto in relazione al sintomo dell'abuso o della dipendenza.

I pazienti che si rivolgono ai Servizi sono molto differenti tra loro, proprio a partire da quadri psicobiologici che ne hanno caratterizzato la storia personale, fatta di ereditarietà ed elementi ambientali, serie differenti di svantaggi e opportunità, tutti capaci di influire sull'assetto neuroendocrino.

È per questo che le loro aspettative verso la stessa droga sono così differenziate, che la natura del craving è del tutto individuale, che la capacità di mantenere il controllo del comportamento e dell'integrazione sociale è così variabile. Per questo verosimilmente le relazioni affettive dei pazienti tossicodipendenti sono diverse, così come la percezione di sé; per questo i disturbi psichici che accompagnano e complicano l'uso delle sostanze non sono riconducibili ad un unico modello.

Se i pazienti alcoolisti e tossicodipendenti hanno in comune un'elevata compulsione per la sostanza, ben poche sono le altre caratteristiche comportamentali e psichiche che li accomunano. In diverse occasioni queste caratteristiche comuni sono state enfatizzate, con la finalità di attribuire in modo superficiale e sbrigativo i tratti psichici e comportamentali di un sottotipo di pazienti a tutti i pazienti in generale, e con un'azione guidata più dallo stigma che da un razionale approccio scientifico. Allo stesso modo, se il condizionamento delle sostanze, sostenuto da una sorta di "apprendimento associativo abnorme" (Di Chiara, 1998) è connesso a qualche forma di unitaria alterazione neurochimica, questo non significa che in modo patoplastico altre alterazioni della neurotrasmissione non siano responsabili di una "interpretazione a soggetto", del tutto individuale, del condizionamento tossicomano.

Il confronto con queste tipologie di pazienti, scevro da pregiudizi e attento alle condizioni cliniche individuali, induce certamente a ipotizzare percorsi terapeutici differenziati e mirati, capaci di rispondere alle esigenze della persona e alle sue specifiche forme di sofferenza psichica.

Le tipologie secondo diverse classificazioni

Sin dai primi anni nei quali fu tentato un approccio terapeutico alle tossicodipendenze ci si rese conto di quanto variegato e disomogeneo fosse il fenomeno e come fosse necessario, per i disturbi da uso di sostanze, un inquadramento in tipologie diagnostiche capaci di comprendere l'eziopatogenesi, gli aspetti clinici e comportamentali e la possibile evoluzione del disturbo. A questo proposito, secondo la classificazione proposta da Cancrini (Cancrini, 1994), si cominciarono ad identificare una tossicodipendenza traumatica, connessa con eventi stressanti scatenanti, di una condizione di nevrosi associata all'assunzione delle sostanze, di forme di transizione verso patologie psichiche più strutturate e di disturbi da uso di sostanze concomitanti con la personalità sociopatica. Non è difficile immaginare come a queste tipologie, connotate da diversa gravità e possibili complicanze, dovessero corrispondere differenti indicazioni terapeutiche, con percorsi specifici e strategie di cura non sovrapponibili tra loro. Cirillo (Cirillo, 1996) a sua volta distingue forme relazionali (traumatiche, nevrotiche e di transizione), forme psicotiche e forme antisociali.

Analogamente, appare difficile immaginare che forme di alcolismo descritte da Cloninger (Cloninger, 1987) caratterizzate da una storia familiare positiva per alcolismo, esordio precoce, personalità antisociale e propensione al polibuso possano essere trattate secondo percorsi standard utilizzati anche per alcoolisti ansiosi e depressi, socialmente integrati, ad inizio tardivo, senza storia familiare di alcolismo e del tutto incapaci di commettere reati. Questa distinzione in due cluster relativi alla familiarità, ai tratti antisociali, all'età di esordio e al controllo degli impulsi è stata suggerita da Rounsaville per i tossicodipendenti già da molto tempo (Kosten *et al.*, 1982) e rispecchia in parte le definizioni attuali di "inibizione" e "disinibizione comportamentale" utilizzate da Conway (Conway *et al.*, 2003) nel tentativo di caratterizzare i pazienti tossicodipendenti rispetto alla sostanza di scelta e ai tratti temperamentali.

Secondo altre categorizzazioni, i differenti livelli di gravità, definiti in base all'intensità dell'assunzione della sostanza, al grado di dipendenza sviluppato, alle complicanze inerenti le patologie correlate e al livello di compromissione dell'integrazione sociale, dovrebbero servire ad identificare le varie tipologie di consumatori di sostanze. In particolare Jellinek (Jellinek, 1960) propone 5 stadi di alcolismo (alfa, beta, gamma, delta, epsilon) che vanno da una dipendenza "puramente psicologica" con un bere indisciplinato, ma senza perdita di controllo, allo sviluppo della dipendenza psichica che evolve progressivamente verso la dipendenza fisica, verso le gravi complicanze gastroenterologiche e neurologiche, sino agli episodi massivi e periodici di assunzione smodata di alcool. Di nuovo, si dovrebbe ricordare che, a fronte di questi progressivi stadi di alcolismo, così straordinariamente differenziati, in molte agenzie deputate al trattamento, sia pubbliche che private, tutti gli alcoolisti si sono sentiti offrire lo stesso disulfiram o la stessa benzodiazepina, la stessa terapia di gruppo, lo stesso tipo di coinvolgimento dei familiari, lo stesso percorso terapeutico... e questo in relazione più alle preferenze degli operatori, alle inclinazioni disciplinari del momento, alle disponibilità oggettive di competenze, piuttosto che alle esigenze vere di quel tipo di patologia in quel particolare stadio.

Il livello di integrazione sociale e il mantenimento delle relazioni affettive, relazionali e professionali sono spesso state ignorate nel definire quelle strategie che dovevano favorire l'accessibilità, qualificare il primo approccio con il paziente alcoolista e tossi-

codipendente, rendere specifiche le modalità del rapporto con il servizio di cura. Tale carenza ha inevitabilmente selezionato i pazienti, impedendo a una gran parte della popolazione affetta dai disturbi da uso di sostanze di accedere ai servizi e di coinvolgersi in programmi terapeutico riabilitativi stabili ed efficaci. In altri casi, i pazienti si sono dovuti adattare a setting e modalità unificate, a stigmatizzazioni inaccettabili in ambito sanitario. Per l'eroinomane con qualunque problema, e in qualunque fase della malattia si trovasse, in qualunque condizione professionale e sociale, le possibilità erano chiare ed univoche: mettersi in coda aspettando la somministrazione del metadone o trascorrere due o tre anni in comunità fruendo di terapia vocazionale, individuale o di gruppo, e di ergoterapia.

Anche gli aspetti motivazionali, secondo le indicazioni di Prochaska-Di Clemente (Miller, 2005), dovrebbero aiutare nella caratterizzazione delle tipologie dei pazienti che possono presentarsi al primo approccio con un programma terapeutico: non possono essere trattati in modo analogo i soggetti in una fase pre-contemplativa, quelli della condizione contemplativa, e ancora coloro che sono giunti alla determinazione e all'attivazione rispetto alla necessità delle cure, oppure quei pazienti che si trovano nella fase della stabilizzazione o in quella drammatica della ricaduta. Sia gli strumenti psicosociali che quelli farmacologici possono ottenere esiti differenti in relazione a questi stadi motivazionali.

All'interno dell'approccio motivazionale è rilevante anche il contributo di Deci (Deci, 1975), che individua due classi di motivazioni che favoriscono il raggiungimento dei propri scopi: quelle estrinseche e quelle intrinseche. Le prime sono riferibili alle situazioni ambientali, quali l'evitamento di situazioni spiacevoli come la perdita del lavoro o una minaccia di abbandono, o a eventi contingenti che deviano, per situazioni o tempi limitati, l'azione precedentemente rivolta ad altri scopi. Quelle intrinseche riguardano il raggiungimento di obiettivi volti al perseguimento di un'immagine ideale di sé diversa da quella che, in un dato momento della propria storia, il soggetto percepisce come reale. Anche secondo questa categorizzazione, gli strumenti e le risorse da mobilitare ai fini della cura sono diverse. Si può infatti ipotizzare che là dove le variabili siano di natura essenzialmente estrinseca la condizione di sobrietà si dimostrerà estremamente fragile e la strategia terapeutica dovrà farsi carico di individuare obiettivi e supporti esterni volti a motivare continuamente il paziente. All'inverso, quando emerge una motivazione al cambiamento di natura intrinseca, caratterizzata dalla discrepanza fra l'immagine che il soggetto ha di sé come dipendente e quella che persegue, il processo di cambiamento si dimostrerà più deciso e stabile (Mascetti, Strepparola, 2005).

Notevoli sforzi sono stati compiuti in ambito scientifico, per aiutare chi opera clinicamente, a diretto contatto con i tossicodipendenti, al fine di investigare possibili categorie della personalità e del temperamento riconducibili alle sostanze di scelta. Secondo alcuni Autori appartenenti alla corrente psicodinamica della psicologia dell'io, le sostanze avrebbero un ruolo differente a seconda dell'effetto psicofarmacologico (Wieder, 1969; Milkman, 1973): negli eroinomani sosterrebbero infatti difese deboli ed inefficaci rinforzando la tendenza al ritiro ed all'isolamento e compensando i sistemi difensivi contro rabbia, dolore, colpa e solitudine (Khantzian, 1975; Wurmser, 1974); mentre gli stimolanti supporterebbero e innalzerebbero l'auto-stima e uno stile difensivo basato sul confronto con l'ambiente.

Più recentemente, secondo alcuni, la *preference* per una sostanza o per l'altra, e conseguentemente l'instaurarsi di una specifica dipendenza, non aiuterebbe a distinguere i pazienti in rela-

zione alla personalità: studi dell'inizio degli anni 90 evidenziavano più somiglianze che differenze in termini di caratteristiche della personalità tra i cocainomani e gli eroinomani (Craig and Olson, 1990) e tra i cocainomani e gli alcoolisti (Johnson *et al.*, 1992). Analogamente, un prevalere del comportamento additivo, quasi a cancellare i tratti individuali del temperamento e del carattere, è stato osservato in soggetti cocainomani a confronto con i policonsumatori, senza che emergessero tipologie particolarmente definite in relazione alla droga di scelta (Sanchez Hueca *et al.*, 2002).

In contrasto con queste evidenze, altri Autori hanno dimostrato che significative differenze nei tratti di personalità sarebbero associate con la *preference* per determinate sostanze psicotrope anche nei soggetti normali (Cloninger, 1987) e che ben definiti profili temperamentali accompagnerebbero la scelta della droga tra i tossicodipendenti (de Wit and Bodker, 1994). In aggiunta, i disturbi psichiatrici concomitanti sembrano influire significativamente sulla droga di scelta, condizionando ad esempio la *preference* per la cocaina da parte dei bipolari e dei ciclotimici e quella per i sedativo-ipnotici da parte degli ansiosi (Mirin *et al.*, 1991).

Gli eroinomani mostrerebbero, secondo studi più recenti, elevati livelli di ricerca della novità e delle sensazioni forti, associata a perfezionismo e tendenza a colpevolizzarsi (Le Bon *et al.*, 2004) mentre sarebbero più disinibiti degli alcoolisti (Conway *et al.*, 2002), come espressione di maggiore impulsività. I consumatori di cocaina presenterebbero maggiore suscettibilità alla noia, maggior maladattamento allo stress e una più significativa quota di psicopatologie concomitanti (McCormick *et al.*, 1998; Lesswing and Dougherty, 1993) rispetto agli assuntori delle altre sostanze.

A dimostrare quanto complesso sia questo ambito che mette in relazione la droga di scelta con le tipologie di personalità, secondo altri studi solo il livello di poliabuso, cioè l'assunzione concomitante di più sostanze, caratterizzerebbe le tipologie dei pazienti in termini di personalità e temperamento, rispetto agli assuntori di una singola droga (Conway *et al.*, 2003).

La lettura accurata della *preference* per le sostanze, per la loro possibile combinazione, le risposte avverse ad alcune sostanze o la specifica attrattiva per una di esse dovrebbero guidare il clinico a intuire possibili differenze nell'assetto neurochimico, specifiche aspettative nei confronti delle droghe, o vere e proprie strategie di automedicazione dei disturbi psichiatrici in comorbidità da parte del paziente.

Da ultimo le risorse individuali, in particolare quelle cognitive e culturali, ma anche le capacità relazionali, la capacità di adattamento al nuovo e allo stress, la creatività e il senso critico dovrebbero essere prese in considerazione nell'*assessment* del paziente e nell'indirizzare programmi terapeutici personalizzati.

Complessità e distinzioni nell'ambito della comorbidità psichiatrica

Nel definire le tipologie dei pazienti tossicodipendenti certamente non è possibile ignorare i disturbi psichiatrici che in una percentuale così elevata accompagnano (o preesistono) l'abuso di sostanze.

Evidenze sempre più consolidate mostrano quanto sia consistente la prevalenza di pazienti con doppia diagnosi tra i tossicodipendenti che approdano ai servizi per la cura e la riabilitazione (Brooner *et al.*, 1997; Agosti 2002; Johnson *et al.*, 2002; Gerra *et al.*, 2004). I disturbi più comunemente rilevati in comorbidità con la dipendenza da sostanze sarebbero i disturbi

d'ansia e dell'umore, i disturbi di personalità del cluster B (antisociale, borderline) e in ordine di prevalenza quelli del cluster C (evitante, passivo aggressivo, ossessivo compulsivo) (Skinstad and Swain, 2001). Una stima percentuale sicuramente capace di sintetizzare la realtà del problema per i tossicodipendenti in generale indicherebbe nel 47-48% l'entità dei disturbi psichiatrici in comorbidità. D'altro canto, se si valuta la percentuale di soggetti che abusano di sostanze tra i pazienti psichiatrici, cioè quelli che approdano direttamente ai Servizi per la Salute Mentale, gli studi più recenti indicano una prevalenza di soggetti affetti dalla "doppia" problematica che varia tra il 44% e il 74% (Weaver *et al.*, 2003; Ogloff *et al.*, 2004).

I disturbi psichiatrici concomitanti non si associano ai disturbi additivi semplicemente producendo una sommatoria dei quadri sintomatologici: avviene invece, nell'evoluzione della storia clinica, una sorta di rimaneggiamento pato-plastico, verosimilmente in relazione a nuovi equilibri dell'assetto neurobiologico che si stabiliscono quando l'assunzione di sostanze psicotrope avviene in un paziente che già presenta alterazioni neurochimiche correlate ad una psicopatologia preesistente. Il prodotto finale di questo nuovo assetto si manifesta nei pazienti con doppia diagnosi con quadri clinici spesso non riconducibili ai normali standard della tossicodipendenza "classica". Il quadro clinico nuovo, il comportamento additivo complicato dalle varie forme di sofferenza psichica, i bisogni specifici, i rischi rispetto alla possibilità del comportamento auto- ed etero-aggressivo richiedono interventi del tutto mirati e mal si adattano ad un approccio caratterizzato da regole standard o da offerte terapeutiche univoche.

Questi pazienti hanno diritto a veder considerata, diagnosticata e curata la loro patologia psichiatrica in modo non disgiunto dai disturbi da uso di sostanze. Analogamente i disturbi da uso di sostanze devono essere trattati mediante strategie specifiche quando si associano ad altre psicopatologie. Le embricazioni tra le due condizioni sono così profonde da non permettere un approccio settoriale o forme di trattamento che prendano in considerazione una soltanto delle psicopatologie concomitanti.

In particolare, emerge con chiarezza che il sottogruppo di eroinomani con concomitante disturbo antisociale di personalità e una storia di disturbo della condotta durante l'infanzia richiedono risorse da parte dei Servizi particolarmente consistenti. Questi pazienti hanno espresso un temperamento aggressivo e violento e commesso reati diversi anni prima di aver assunto le sostanze psicotrope d'abuso o di aver abusato di alcool (Brown *et al.*, 1996; Barnow *et al.*, 2002; Arseneault *et al.*, 2000); hanno una propensione al poliabuso; presentano una forte tendenza alla ricaduta sia nel comportamento additivo sia in quello criminale; conducono le équipes dei Servizi ad una completa delusione sulla possibilità del recupero. Evidentemente i pazienti di questo tipo richiedono un approccio intensivo, un intervento farmacologico complesso e di lunga durata (Alterman *et al.*, 1998; Weizman *et al.*, 2003; Bovasso *et al.*, 2002; King *et al.*, 2001), la disponibilità di programmi residenziali alternativi al carcere.

Molto differenti le necessità terapeutiche dei pazienti con forme psichiatriche caratterizzate da inibizione comportamentale. Si tratta dei pazienti depressi, ansiosi, con ansia sociale, evitanti, dipendenti o ossessivo compulsivi che sono giunti alla tossicodipendenza attraverso storie di isolamento sociale durante l'infanzia, eccessiva timidezza, incapacità di adattarsi al nuovo e allo stress; pazienti che spesso hanno subito il rifiuto dei coetanei e hanno sviluppato una forte carenza dell'autostima. Questi pazienti utilizzano una droga di scelta e sono meno portati ad

poliabusso; stabiliscono con la sostanza un rapporto di autocura; utilizzano le droghe da soli o per prepararsi all'impatto con le relazioni interpersonali ed il mondo del lavoro (Weiss *et al.*, 2004; Degenhardt *et al.*, 2003; Preisig *et al.*, 2001; Mehrabian, 2001; Dixit and Crum, 2000; Raimo and Schuckit, 1998; Charlton, 2005; Chakroun *et al.*, 2004; Sbrana *et al.*, 2005). Il supporto psicoterapico e il trattamento farmacologico della depressione e dell'ansia appaiono essenziali in questi pazienti, unitamente alla terapia relazionale e a strategie di socializzazione. E ancora differente dovrà essere l'approccio per i pazienti bipolari affetti dalla tossicodipendenza o dall'alcolismo: alcune evidenze indicano come un chiaro tentativo di automedicazione sostenga la dipendenza da sostanze in questo sottotipo di tossicodipendenti (Dixit and Crum, 2000; Raimo and Schuckit, 1998). Le sostanze sarebbero assunte per ottenere sollievo rispetto al rincorrersi dei pensieri e rispetto alla disforia nella maggioranza dei casi (Phillips and Johnson 2001; Madianos *et al.*, 1995; Handelsman *et al.*, 1992; Chiles *et al.*, 1990), ma anche per tentare di passare dalla fase depressiva a quella maniacale, fase che viene vissuta dal paziente come condizione di maggior benessere. Anche in questo caso appare difficile immaginare che lo stesso farmaco, lo stesso percorso cognitivo-comportamentale, le stesse regole di un trattamento residenziale possano essere considerate "buona pratica" per tutti i tossicodipendenti, compresi quelli affetti dal disturbo bipolare.

Lo stesso può dirsi per i pazienti schizofrenici e per il cluster schizotipico-schizoaffettivo. Si tratta di soggetti in cui le tracce di una perdita di contatto con la realtà possono essere individuate molto precocemente nella storia clinica rispetto all'esordio conclamato della psicopatologia e del disturbo additivo. Proprio l'esposizione protratta alla cannabis durante l'adolescenza sembra facilitare il manifestarsi dei sintomi e complicare il quadro psichiatrico, facendo emergere forme di depersonalizzazione, riducendo ancora maggiormente le capacità di relazione affettiva e incrementando l'isolamento sociale.

Da ultimo, ma non in ordine di prevalenza, i gravi borderline e i disturbi narcisistico-istrionici che accompagnano i disturbi da uso di sostanze richiedono un approccio mirato e specifico. La fragilità dell'identità in questi pazienti, le problematiche dell'umore, associate ad atteggiamenti megalomaniaci, alla propensione al rischio e all'impulsività devono costituire il target di azioni terapeutiche nell'ambito psicosociale e verosimilmente richiedono una caratterizzazione degli interventi non estensibile alle altre forme di psicopatologia.

Complessità e distinzioni nell'evoluzione dei disturbi: età d'esordio, sequenze, avvicinarsi delle droghe di scelta

I pazienti devono essere differenziati per le sequenze della storia clinica. In che modo si sono succedute le problematiche comportamentali, quelle psichiatriche e quelle tossicomane? In quale relazione si sono presentate con gli eventi della vita di carattere stressante e con le condizioni avverse ambientali?

I pazienti affetti dalla stessa dipendenza possono essere giunti al disturbo da uso di sostanze attraverso fasi cliniche molto differenti che devono essere tenute in considerazione nell'approccio terapeutico-riabilitativo. Le droghe possono essere assunte a seguito di una condizione di deprivazione psicosociale oppure in concomitanza con i prodromi delle patologie psichiatriche. In altri casi l'approccio con le sostanze segue ai prodromi e precede il manifestarsi di psicopatologie conclamate. In altri ancora accompagna l'esordio dei sintomi psichici o si presenta diversi

mesi o anni dopo l'inizio della patologia psichiatrica (Curtis *et al.*, 2005; Goodwin and Hamilton, 2002; Biederman *et al.*, 1996).

Anche l'avvicinarsi di diverse droghe nella storia clinica individuale per giungere a una droga di scelta e ad una dipendenza conclamata può rappresentare la caratteristica di una tipologia di pazienti utile per indirizzare la scelta degli interventi: un paziente eroinomane giunto agli oppiacei nel tentativo di automedicare le conseguenze problematiche dell'esposizione protratta alla cocaina non può essere equiparato ad un eroinomane che non abbia mai sperimentato la cocaina.

Accurati dettagli devono essere raccolti, a questo proposito, sugli elementi sintomatologici emergenti durante i periodi di interruzione spontanea dell'assunzione delle sostanze: questa verifica anamnestica può servire a definire l'indipendenza di un disturbo psichiatrico e la sua autonomia nosografica rispetto al disturbo da uso di sostanze (Unnithan and Cutting, 1992).

Il diritto ad una variegata offerta terapeutica che corrisponda ad un approfondito assessment

Secondo quanto sostenuto sino a questo punto, ogni paziente tossicodipendente o alcoolista ha diritto ad un appropriato ed accurato assessment, una valutazione onnicomprensiva che non consideri solo la diagnosi di disturbo da uso di sostanze, o le psicopatologie concomitanti, in modo categoriale. Tutti gli elementi socio-relazionali, le condizioni organiche e del funzionamento, le caratteristiche evolutive ed anamnestiche devono concorrere a meglio definire il paziente, ai fini di percorsi terapeutici personalizzati.

Una volta identificate queste caratteristiche individuali al paziente dovrà essere offerta una variegata gamma di opportunità di cura, tali da includere differenti livelli di durata ed intensità, differenti metodologie, differenti setting e condizioni relazionali.

A questo proposito recenti evidenze dimostrano come persino una disassuefazione da oppiacei con trattamento dell'astinenza a breve termine, non possa non tenere conto delle differenze tra tipologie di pazienti: i livelli di catecolamine nel plasma e la corrispettiva sintomatologia astinenziale misurati durante il primo approccio con gli antagonisti nel corso della disassuefazione risultavano del tutto differenti in relazione alla concomitanza con il disturbo antisociale di personalità (Gerra *et al.*, 2003). Tali soggetti con difficoltà molto maggiori, e in una percentuale ridotta, giungono a completare un trattamento di disassuefazione senza utilizzare gli agonisti oppioidi nel protocollo terapeutico. Anche in questo ambito, peraltro così limitato rispetto all'intero percorso terapeutico-riabilitativo, nuove strategie con protocolli differenziati per la disassuefazione sarebbero richieste dalle differenti tipologie psicobiologiche dei pazienti e dalle loro differenti risposte ai farmaci.

Il fatto che una sotto-popolazione di eroinomani possa trarre vantaggio da un trattamento a medio lungo termine con antagonisti dei recettori oppioidi, da iniziare mediante una disassuefazione con alfa-adrenergici, è oggi riconosciuto da più parti. Nostre evidenze hanno dimostrato in passato una buona compliance al naltrexone in eroinomani con particolari caratteristiche psicosociali e che accettavano di prendere parte ad un programma di terapia di gruppo intensiva (Gerra *et al.*, 2000). La disponibilità di naltrexone a "lento rilascio", con una durata dell'azione di circa un mese, sembra ottenere buoni risultati in pazienti motivati (Carreno *et al.*, 2003; Foster *et al.*, 2003). Studi

che associavano l'uso di SSRI con il naltrexone confermano che in un determinato sottogruppo anche un percorso terapeutico privo del supporto degli agonisti oppioidi può ottenere un outcome positivo (Grinenko *et al.*, 2003).

La stessa revisione Cochrane, pur non attribuendo una validità significativa alla terapia con antagonisti oppioidi, suggerisce che qualche beneficio si possa ottenere con il naltrexone in una "popolazione speciale" di pazienti. Tali pazienti sarebbero quelli più motivati, con il maggior supporto familiare, la maggior integrazione sociale e professionale e non affetti da conclamate patologie psichiatriche. Considerando lo stigma per i trattamenti con stupefacenti da parte delle famiglie e dei pazienti stessi appartenenti a questo sottogruppo, oggi sempre più numericamente consistente, il fatto di non offrire percorsi drug-free, disassuefazione mediante farmaci non-stupefacenti e trattamenti di mantenimento con naltrexone può ridurre notevolmente l'accessibilità ai servizi. Questa fascia della popolazione di eroinomani, ad esempio, scoraggiata rispetto alla possibilità di rivolgersi a un servizio che offre a tutti gli eroinomani lo stesso percorso terapeutico nello stesso setting, rimanda per anni l'inizio delle cure e protrae lo stato di tossicodipendenza fino a raggiungere condizioni di maggiore compromissione psicofisica, oppure si rivolge ad un trattamento residenziale drug-free pur non avendone la necessità. Non infrequentemente, invece, l'approccio mediante il trattamento con naltrexone consente semplicemente il primo contatto con il paziente che altrimenti stigmatizzerebbe il servizio e consente in seguito il passaggio ad altre forme di terapia.

Analogamente, una sottopopolazione di pazienti affetti da una forma grave del disturbo addittivo, accompagnato dal disturbo di personalità antisociale, da una storia familiare di abuso di sostanze e da un elevato tasso di recidiva sono verosimilmente candidati al trattamento con agonisti oppioidi (metadone o buprenorfina) a lungo termine e a dosaggi elevati (Alterman *et al.*, 1996; Darke *et al.*, 1994): per questi pazienti la mancata stabilizzazione mediante una terapia farmacologica continuativa, la continua proposta di trattamenti a dosi decrescenti che li induca ad uniformarsi ad un modello drug-free uguale per tutti si traduce in un fallimento. Le continue ricadute dopo i tentativi con il trattamento residenziale, la scarsa compliance agli interventi psicosociali, nonché le reiterate esperienze di detenzione suggeriscono l'utilizzo di agonisti oppioidi a dosaggio pieno (Sung *et al.*, 2001; Rosenthal, 1984), spesso accompagnati dai neurolettici atipici, utili per il controllo dell'aggressività anche in pazienti non psicotici (Moeller *et al.*, 2001).

Anche nell'utilizzo degli agonisti oppioidi un approccio clinico mirato e differenziato richiede che la scelta e la modalità di somministrazione del farmaco siano "tagliate su misura" tenendo conto delle tipologie e delle caratteristiche dei pazienti. Ad esempio, molto differenti sono gli obiettivi e le modalità da utilizzare per un paziente che entra in un trattamento con metadone al fine di estinguere il condizionamento dell'eroina, con una forte motivazione all'astensione dalle sostanze illegali, rispetto ad un paziente del tutto non motivato al trattamento per il quale il metadone viene somministrato al fine di ridurre il rischio di overdose. Se per la tipologia di pazienti motivati al trattamento e all'astensione dall'eroina devono essere previsti frequenti controlli delle urine, strumenti comportamentistici associati all'intervento farmacologico, un utilizzo dell'affido e del supporto sociale connesso ai risultati della terapia farmacologica, questo insieme di regole e di pressioni sul comportamento non costituiscono un vantaggio per un paziente del tutto non motivato al trattamento, per il quale si vogliono soltanto evitare le complicanze sanitarie e le conseguenze sociali. Appare inoltre ovvio

che queste due tipologie di pazienti, entrambi in metadone a lungo termine, non possono essere trattate nello stesso setting; non possono condividere la stessa sala d'attesa ed essere accolti al servizio negli stessi orari: non tener conto di queste differenze rischia di vanificare la efficacia terapeutica di un programma integrato, con le sue regole rigorose per gli uni e di indurre l'abbandono del servizio da parte degli altri.

Se si guarda alla comorbidità psichiatrica e alle tipologie di pazienti caratterizzate da psicopatologie concomitanti, si possono rilevare differenze nella risposta agli agonisti oppioidi. A questo proposito, alcuni recenti studi sottolineano come i risultati più confortanti siano stati ottenuti con la buprenorfina nei pazienti depressi (Gerra *et al.*, 2004). La stessa sarebbe capace di contrastare un possibile disequilibrio indotto dal prevalere dei recettori oppioidi kappa sui recettori mu all'interruzione dell'assunzione di eroina, contrastando la disforia che si manifesta nell'astinenza protratta (Rothman *et al.*, 2000; Teoh *et al.*, 1994).

In questa ottica, i servizi devono guardare con chiarezza e senza pregiudizi alla porzione di pazienti che non rispondono al trattamento con gli agonisti oppioidi, una porzione consistente di pazienti che, anche a dosaggi appropriati somministrati secondo le buone pratiche, sembrano non beneficiare della terapia e continuano un utilizzo massivo di sostanze psicotrope illegali e alcool, spesso in forma di abuso multiplo. Per i pazienti che non rispondono a un trattamento le équipe dei servizi, con modalità cliniche che nell'ambito delle altre discipline mediche sono considerate ovvie e routinarie, dovrebbero essere pronte a proporre strategie di cura alternative, l'integrazione con altri strumenti terapeutici o il ricorso al ricovero in ambito residenziale. Se si considerano i pazienti dipendenti dagli psicostimolanti, come i cocainomani, ancora la letteratura scientifica suggerisce la necessità di trattamenti farmacologici corrispondenti alle specifiche condizioni dei singoli soggetti. I reiterati tentativi di trovare un farmaco risolutivo per la dipendenza dalla cocaina in generale hanno condotto a una disillusione generalizzata tra i ricercatori e a risposte del tutto contraddittorie tra i pazienti. Al contrario, una tipologia di cocainomani con storia di iperattività e deficit di attenzione, disturbo che in larga misura può persistere nell'adulto, nonché con disturbi esternalizzanti nel corso dell'infanzia-adolescenza appaiono beneficiare del trattamento con farmaci che bloccano il reuptake della dopamina (Volkow *et al.*, 1999a; Volkow *et al.*, 1999b). In questa tipologia di cocainomani un ancora maggiore deficit di dopamina a livello intrasynaptico, determinato a livello neurobiologico sia da fattori genetici che ambientali, potrebbe aver contribuito alla vulnerabilità per il disturbo addittivo (van Dyck *et al.*, 2005; Rothman *et al.*, 2002). I farmaci come il bupropione ed il metilfenidato funzionerebbero proprio in questo modo, restaurando un certo livello di dopamina a livello della sinapsi, e aiutando il paziente sia a controllare il craving che a moderare le problematiche comportamentali associate alla psicopatologia concomitante.

D'altro canto, tra i pazienti cocainomani e tra i consumatori di ecstasy i disturbi dell'umore, i tratti depressivi della personalità e l'ansia sociale possono aver condizionato in modo consistente l'instaurarsi della dipendenza, rivestendo l'assunzione di cocaina o di amfetamino-derivati il ruolo di una automedicazione della disforia, di un sollievo rispetto al distress della depressione o di un supporto per affrontare le relazioni sociali. Per questa tipologia di pazienti gli antidepressivi capaci di modulare sia il sistema serotoninergico che quello noradrenergico, quali la venlafaxina, potrebbero ottenere vantaggi significativi, già segnalati in letteratura (Folti *et al.*, 2003; Upadhyaya *et al.*, 2001), ma non estensibili a tutti i consumatori di psicostimolanti.

Tener conto della concomitanza del disturbo bipolare e delle forme psicotiche al fine di impostare una terapia farmacologica personalizzata per gli eroinomani già trattati con il metadone sembra migliorare significativamente l'outcome. Evidenze preliminari indicano che l'associazione dei neurolettici atipici, quali l'olanzapina, incrementa in modo notevole la ritenzione in trattamento riducendo sensibilmente i sintomi specifici (ideazione paranoide, allucinazioni) e in contemporanea il comportamento aggressivo di questi pazienti. La mancata risposta a questi disturbi psichiatrici associati, o l'utilizzo degli anti-psicotici classici capaci di indurre sedazione, demotivazione, disturbi extrapiramidali ed incremento del craving, può influire sensibilmente sull'esito del trattamento e facilitare la ricaduta nell'assunzione di eroina e l'abbandono del programma terapeutico.

L'importanza di considerare le tipologie dei pazienti riguardo al trattamento farmacologico si ripropone per i pazienti alcoolisti. Secondo nostri studi che hanno preso in considerazione alcoolisti con storia familiare positiva per l'alcoolismo e alcoolisti senza storia familiare, farmaci come l'acamprosato e la fluoxetina ottenevano risultati del tutto opposti nelle diverse tipologie. Se il farmaco agonista serotoninergico appare controllare il ricorso all'alcool negli alcoolisti con familiarità, e ottenere scarsi risultati in quelli senza familiarità, al contrario il derivato della taurina, un aminoacido inibitore, risulta più efficace proprio nei soggetti con un alcoolismo non familiare (Gerra *et al.*, 1992). Appare evidente quanto gli aspetti di farmacogenetica possano interferire sostanzialmente sulle risposte ai trattamenti, differenziando tra loro pazienti che fino ad oggi, in diversi casi, vengono trattati in modo standard secondo le modalità del centro al quale si sono rivolti.

Recenti evidenze dimostrano, a proposito del trattamento differenziato degli alcoolisti, quanto la terapia con il naltrexone, finalizzata a rendere meno gratificante l'alcool e a ridurre il suo potenziale addittivo, sia particolarmente efficace nell'alcoolismo tipo II, caratterizzato da personalità antisociale e familiarità (Kiefer *et al.*, 2005). Questi pazienti avrebbero una alterazione del sistema dei peptidi oppioidi tale da renderli più sensibili all'azione oppioide dell'alcool (Bart *et al.*, 2005). Forse proprio per questo motivo essi si avvantaggerebbero maggiormente del trattamento con antagonisti degli oppiacei. Al contrario sembra plausibile che gli alcoolisti affetti dai disturbi d'ansia possano beneficiare maggiormente del trattamento con GHB, farmaco certamente capace di influire sulla funzione del sistema gabaergico e sul controllo endogeno dell'ansia (Gerra *et al.*, 1994).

Da ultimo occorre accennare al fatto che anche le terapie in ambito psicosociale richiedono scelte non superficiali da parte dei servizi e non possono essere offerte a tutti i pazienti in modo generico, secondo le modalità routinariamente in uso presso un centro.

Se per i pazienti con disturbo da uso di sostanze affetti da una particolare forma di impulsività e da una completa perdita di controllo la terapia cognitivo-comportamentale può rivelarsi essenziale, la stessa, con le sue regole e le sue modalità di incentivazione potrebbe non essere adeguata a un paziente depresso, integrato socialmente che ancora presenta un buon funzionamento nell'ambito professionale (Ziedonis, 2004). Per portare un altro esempio, nella gestione degli stimoli ambientali è importante fare molta attenzione alla natura degli stimoli elicитanti: se per un cliente il non tenere alcolici in casa è d'aiuto poiché lo stimolo è la visione e la vicinanza alla bottiglia, per un altro può essere un intervento privo di valore terapeutico o addirittura controproducente se tale decisione priva i famigliari di un'abitudine

consolidata ed essi assumono atteggiamenti più o meno espliciti di rimprovero e stigmatizzazione che sono alla base delle emozioni negative che innescano la ricaduta.

L'intervento psicoterapico cognitivo nei confronti del cliente con disturbo da uso di sostanze è comunque sempre un lungo percorso che non si evolve in modo lineare, ma che prevede una tassonomia di obiettivi terapeutici che vengono concordati da terapeuta e cliente in funzione della gravità del disturbo stesso, dei disturbi psicopatologici correlati e dello stadio del cambiamento che il cliente ha raggiunto (Mascetti, Strepparola, 2005). La terapia relazionale, quella vocazionale e il recupero delle capacità nell'ambito della comunicazione emozionale possono risultare più validi per soggetti con il tratto depressivo, l'ansia sociale e i disturbi d'ansia in generale.

Le strategie ergoterapiche non possono essere proposte a caso a pazienti che potrebbero invece necessitare di una terapia di famiglia intensiva ed attuata secondo le buone pratiche. Allo stesso modo, pazienti che necessitano di scoprire le proprie risorse e le proprie capacità, di misurare i propri limiti e definire la propria identità, i quali avrebbero un notevole vantaggio da un percorso ergoterapico protetto, non si devono trovare a subire programmi di terapia della famiglia, secondo standardizzati protocolli del servizio.

E ancora, la possibilità di trattamenti residenziali brevi o lunghi non può dipendere dalle regole del Dipartimento per le Dipendenze, o dagli orientamenti culturali della Comunità stessa, ma deve essere il frutto di scelte cliniche ponderate, di un'approfondita valutazione e di un'intesa con il paziente. Se sei-otto settimane di trattamento residenziale intensivo possono servire a interrompere il condizionamento della sostanza, incidendo sul craving in modo consistente, non appaiono sufficienti a riprendere il controllo sugli impulsi in senso lato o a consentire il cambiamento dello stile di vita e dei relativi elementi motivazionali.

Bibliografia

- Agosti V., Nunes E., Levin F., "Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2002 Nov; 28(4):643-52.
- Alterman A.I., McDermott P.A., Cacciola J.S., Rutherford M.J., Boardman C.R., McKay J.R., Cook T.G., "A typology of antisociality in methadone patients", *J Abnorm Psychol*, 1998 Aug; 107(3):412-22.
- Alterman A.I., Rutherford M.J., Cacciola J.S., McKay J.R., Woody G.E., "Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression", *J Nerv Ment Dis*, 1996 Nov; 184(11):695-702.
- Arseneault L., Moffitt T.E., Caspi A., Taylor P.J., Silva P.A., "Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study", *Arch Gen Psychiatry*, 2000 Oct; 57(10):979-86.
- Bahi A., Boyer F., Bussard G., Dreyer J.L., "Silencing dopamine D3-receptors in the nucleus accumbens shell in vivo induces changes in cocaine-induced hyperlocomotion", *Eur J Neurosci*, 2005 Jun; 21(12):3415-26.
- Barnow S., Schuckit M.A., Lucht M., John U., Freyberger H.J., "The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis", *J Stud Alcohol*, 2002 May; 63(3):305-15.
- Barr C.L., Xu C., Kroft J., Feng Y., Wigg K., Zai G., Tannock R., Schachar R., Malone M., Roberts W., Nothen M.M., Grunhage F., Vandenbergh D.J., Uhl G., Sunohara G., King N., Kennedy J.L. (2001), "Haplotype study of three polymorphisms at the dopamine transporter locus confirm linkage to attention-deficit/hyperactivity disorder", *Biol Psychiatry* 49:333-339.

- Bart G., Kreek M.J., Ott J., LaForge K.S., Proudnikov D., Pollak L., Heilig M., "Increased attributable risk related to a functional mu-opioid receptor gene polymorphism in association with alcohol dependence in central Sweden", *Neuropsychopharmacology*, 2005 Feb; 30(2):417-22.
- Biederman J., Faraone S.V., Milberger S., Jetton J.G., Chen L., Mick E., Greene R.W., Russell R.L., "Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996 Sep; 35(9):1193-204.
- Blum K., Noble E.P., Sheridan P.J., Finley O., Montgomery A., Ritchie T., Ozkaragoz T., Fitch R.J., Sadlack F., Sheffield D. *et al.*, "Association of the A1 allele of the D2 dopamine receptor gene with severe alcoholism", *Alcohol*, 1991 Sep-Oct; 8(5):409-16.
- Bovasso G.B., Alterman A.I., Cacciola J.S., Rutherford M.J., "The prediction of violent and nonviolent criminal behavior in a methadone maintenance population", *J Personal Disord*, 2002 Aug; 16(4):360-73.
- Broner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W. Jr, Bigelow G.E., "Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers", *Arch Gen Psychiatry*, 1997 Jan; 54(1):71-80.
- Brown S.A., Gleghorn A., Schuckit M.A., Myers M.G., Mott M.A., "Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers", *J Stud Alcohol*, 1996 May; 57(3):314-24.
- Cancrini L. (1994), "Tipologia e trattamento delle tossicomanie", in Onnis L., Galluzzo W., *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma, 1994.
- Carreno J.E., Alvarez C.E., Narciso G.I., Bascaran M.T., Diaz M., Bobes J., "Maintenance treatment with depot opioid antagonists in subcutaneous implants: an alternative in the treatment of opioid dependence", *Addict Biol*, 2003 Dec; 8(4):429-38.
- Chakroun N., Doron J., Swendsen J., "Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models", *Encephale*, 2004 Nov-Dec; 30(6):564-9.
- Chang Y.T., Sun H.S., Fann C.S., Chang C.J., Liao Z.H., Huang J.L., Loh E.W., Yu W.Y., Cheng A.T., "Association of the gamma-aminobutyric acid A receptor gene cluster with alcohol dependence in Taiwanese Han", *Mol Psychiatry*, 2002; 7(8):828-9.
- Charlton B.G., "Diazepam with your dinner, Sir? The lifestyle drug-substitution strategy: a radical alcohol policy", *QJM*, 2005 Jun; 98(6):457-9. *Epub* 2005 May 6.
- Chen C.P., Kuhn P., Advis J.P., Sarkar D.K., "Chronic ethanol consumption impairs the circadian rhythm of pro-opiomelanocortin and period genes mRNA expression in the hypothalamus of the male rat", *J Neurochem*, 2004 Mar; 88(6):1547-54.
- Chiles J.A., Benjamin G.A., Cahn T.S., "Who smokes? Why?: Psychiatric aspects of continued cigarette usage among lawyers in Washington State", *Compr. Psychiatry*, 1990 Mar-Apr; 31(2):176-84.
- Cirillo S. *et al.*, *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina, Milano, 1996.
- Ciraulo D.A., Piechniczek-Buczek J., Iscan E.N., "Outcome predictors in substance use disorders", *Psychiatr Clin North Am*, 2003 Jun; 26(2):381-409.
- Cloninger C.R., "A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal", *Arch Gen Psychiatry*, 1987 Jun; 44(6):573-88.
- Cloninger C.R., "D2 dopamine receptor gene is associated but not linked with alcoholism", *JAMA*, 1991 Oct 2; 266(13):1833-4.
- Comings D.E., Comings B.G., Muhleman D., Dietz G., Shahbahrani B., Tast D., Knell E., Kocsis P., Baumgarten R., Kovacs B.W. *et al.*, "The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders", *JAMA*, 1991 Oct 2; 266(13):1793-800.
- Conway K.P., Kane R.J., Ball S.A., Poling J.C., Rounsaville B.J., "Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients", *Drug Alcohol Depend*, 2003 Jul 20; 71(1):65-75.
- Conway K.P., Kane R.J., Ball S.A., Poling J.C., Rounsaville B.J., "Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients", *Drug Alcohol Depend*, 2003 Jul 20; 71(1):65-75.
- Conway K.P., Swendsen J.D., Rounsaville B.J., Merikangas K.R., "Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers", *Drug Alcohol Depend*, 2002 Feb 1; 65(3):225-34.
- Cowen M.S., Chen F., Lawrence A.J., "Neuropeptides: implications for alcoholism", *J Neurochem*, 2004 Apr; 89(2):273-85. Review.
- Craig R.J., Olson R.E., "MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts", *J Clin Psychol*, 1990 Mar; 46(2):230-7.
- Curtis S., Copeland A., Fagg J., Congdon P., Almog M., Fitzpatrick J., "The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City", *Health Place*, 2006 Mar; 12(1):19-37. *Epub* 2004 Oct 27.
- Darke S., Hall W., Swift W., "Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients", *Drug Alcohol Depend*, 1994 Feb; 34(3):253-7.
- Davies J.K., Bledsoe J.M., "Prenatal alcohol and drug exposures in adoption", *Pediatr Clin North Am*, 2005 Oct; 52(5):1369-93.
- de Wit H., Bodker B., "Personality and drug preferences in normal volunteers", *Int J Addict*, 1994 Oct; 29(12):1617-30.
- Deci E.L. (1975), *Intrinsic motivation*, Plenum Press, New York.
- Degenhardt L., Hall W., Lynskey M., "Exploring the association between cannabis use and depression", *Addiction*, 2003 Nov; 98(11):1493-504. Review.
- Delaney-Black V., Covington C., Templin T., Ager J., Martier S., Compton S., Sokol R., "Prenatal coke: what's behind the smoke? Prenatal cocaine/alcohol exposure and school-age outcomes: the SCHOO-BE experience", *Ann N Y Acad Sci*, 1998 Jun 21; 846:277-88.
- Di Chiara G., Bassareo V., Fenu S., De Luca M.A., Spina L., Cadoni C., Acquas E., Carboni E., Valentini V., Lecca D., "Dopamine and drug addiction: the nucleus accumbens shell connection", *Neuropharmacology*, 2004; 47 Suppl 1:227-41.
- Di Chiara G., "A motivational learning hypothesis of the role of mesolimbic dopamine in compulsive drug use", *J Psychopharmacol*, 1998; 12(1):54-67.
- Di Chiara G., "Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction", *Behav Brain Res*, 2002 Dec 2; 137(1-2):75-114. Review.
- Diana M., Muntoni A.L., Pistis M., Melis M., Gessa G.L., "Lasting reduction in mesolimbic dopamine neuronal activity after morphine withdrawal", *Eur J Neurosci*, 1999 Mar; 11(3):1037-41.
- Dinwiddie S., Heath A.C., Dunne M.P., Bucholz K.K., Madden P.A., Slutske W.S., Bierut L.J., Statham D.B., Martin N.G., "Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study", *Psychol Med*, 2000 Jan; 30(1):41-52.
- Dixit A.R., Crum R.M., "Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women", *Am J Psychiatry*, 2000 May; 157(5):751-8.
- Foltin R.W., Ward A.S., Collins E.D., Haney M., Hart C.L., Fischman M.W., "The effects of venlafaxine on the subjective, reinforcing, and cardiovascular effects of cocaine in opioid-dependent and non-opioid-dependent humans", *Exp Clin Psychopharmacol*, 2003 May; 11(2):123-30.
- Foster J., Brewer C., Steele T., "Naltrexone implants can completely prevent early (1-month) relapse after opiate detoxification: a pilot study of two cohorts totalling 101 patients with a note on naltrexone blood levels", *Addict Biol*, 2003 Jun; 8(2):211-7.
- Gerra G., Borella F., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Bubici C., Bertacca S., "Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome", *Drug Alcohol Depend*, 2004 Jul 15; 75(1):37-45.
- Gerra G., Caccavari R., Delsignore R., Bocchi R., Fertonani G., Passeri M. (1992), "Effects of fluoxetine and Ca-acetyl-homotaurinate on alcohol intake in familial and non-familial alcoholic patients", *Current Therapy Research* 52:291-295.
- Gerra G., Caccavari R., Fontanesi B., Marcato A., Fertonani Affini G., Maestri D., Avanzini P., Lecchini R., Delsignore R., Mutti A., "Flumazenil effects on growth hormone response to gamma-hydroxybutyric acid", *Int Clin Psychopharmacol*, 1994 Sep; 9(3):211-5.
- Gerra G., Ceresini S., Esposito A., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Raggi M.A., Molina E., "Neuroendocrine and behavioural responses

- to opioid receptor-antagonist during heroin detoxification: relationship with personality traits", *Int Clin Psychopharmacol*, 2003 Sep; 18(5):261-9.
- Gerra G., Garofano L., Pellegrini C., Bosari S., Zaimovic A., Moi G., Avanzini P., Talarico E., Gardini F., Donnini C., "Allelic association of a dopamine transporter gene polymorphism with antisocial behaviour in heroin-dependent patients", *Addict Biol*, 2005 Sep; 10(3):275-81.
- Gerra G., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Bubici C., Mossini M., Raggi M.A., Brambilla F., "Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates", *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2004 Jan; 28(1):129-39.
- Gerra G., Zaimovic A., Rustichelli P., Fontanesi B., Zambelli U., Timpano M., Bocchi C., Delsignore R., "Rapid opiate detoxification in outpatient treatment: relationship with naltrexone compliance", *J Subst Abuse Treat.*, 2000 Mar; 18(2):185-91.
- Gessa G.L., Agabio R., Carai M.A., Lobina C., Pani M., Reali R., Colombo G., "Mechanism of the antialcohol effect of gamma-hydroxybutyric acid", *Alcohol*, 2000 Apr; 20(3):271-6.
- Goodwin R.D., Hamilton S.P., "The early-onset fearful panic attack as a predictor of severe psychopathology", *Psychiatry Res*, 2002 Jan 31; 109(1):71-9.
- Grinenko A., Krupitskii E.M., Zvartau E.E., "Pharmacotherapy in heroin addiction: pharmacological approaches to remission stabilization and recurrence prevention", *Vestn Ross Akad Med Nauk*, 2003; (10):54-6.
- Hamon M., "Neurobiological mechanisms of dependence: implication of serotonin", *Bull Acad Natl Med*, 2002; 186(2):307-15; discussion 315-7.
- Handelsman L., Aronson M.J., Ness R., Cochrane K.J., Kanof P.D., "The dysphoria of heroin addiction. Am J Drug Alcohol Abuse", 1992, 18(3):275-87.
- Heidbreder C.A., Gardner E.L., Xi Z.X., Thanos P.K., Mugnaini M., Hagan J.J., Ashby C.R. Jr, "The role of central dopamine D3 receptors in drug addiction: a review of pharmacological evidence", *Brain Res Brain Res Rev*, 2005 Jul; 49(1):77-105.
- Houston R.J., Bauer L.O., Hesselbrock V.M., "Depression and familial risk for substance dependence: a P300 study of young women", *Psychiatry Res*, 2003 Sep 30; 124(1):49-62.
- Houston R.J., Bauer L.O., Hesselbrock V.M., "Effects of borderline personality disorder features and a family history of alcohol or drug dependence on P300 in adolescents", *Int J Psychophysiol*, 2004 Jun; 53(1):57-70.
- Ikeda K., Ide S., Han W., Hayashida M., Uhl G.R., Sora I., "How individual sensitivity to opiates can be predicted by gene analyses", *Trends Pharmacol Sci*, 2005 Jun; 26(6):311-7.
- Jellinek E.M., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven, CT, College and University Press, 1960.
- Johnson M.E., Brems C., Burke S., "Recognizing comorbidity among drug users in treatment", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2002; 28(2):243-61.
- Johnson R.S., Tobin J.W., Cellucci T., "Personality characteristics of cocaine and alcohol abusers: more alike than different", *Addict Behav*, 1992; 17(2):159-66.
- Khantzian E.J. (1975), "Self selection and progression in drug dependence", *Psychiatry Digest*, 19-22.
- Kiefer F., Helwig H., Tarnaske T., Otte C., Jahn H., Wiedemann K., "Pharmacological relapse prevention of alcoholism: clinical predictors of outcome", *Eur Addict Res*, 2005; 11(2):83-91.
- King V.L., Kidorf M.S., Stoller K.B., Carter J.A., Brooner R.K., "Influence of antisocial personality subtypes on drug abuse treatment response", *J Nerv Ment Dis*, 2001 Sep; 189(9):593-601.
- Kirley A., Hawi Z., Daly G., McCarron M., Mullins C., Millar N., Waldman I., Fitzgerald M., Gill M. (2002), "Dopaminergic system genes in ADHD: toward a biological hypothesis", *Neuropsychopharmacology* 27: 607-619
- Koob G.F., "Alcoholism: allostasis and beyond", *Alcohol Clin Exp Res*, 2003 Feb; 27(2):232-43.
- Kosten T.R., Rounsaville B.J., Kleber H.D., "DSM-III personality disorder in opiate addicts", *Compr Psychiatry*, 1982, 23:572-581
- Kovacs G.L., "Natriuretic peptides in alcohol withdrawal: central and peripheral mechanisms", *Curr Med Chem*, 2003 Dec; 10(23):2559-76.
- Kreek M.J., LaForge K.S., Butelman E., "Pharmacotherapy of addictions", *Nat Rev Drug Discov*, 2002 Sep; 1(9):710-26.
- Kreek M.J., Nielsen D.A., Butelman E.R., Laforge K.S., "Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction", *Nat Neurosci*, 2005 Nov; 8(11):1450-7.
- Laucht M., Becker K., El-Faddagh M., Hohm E., Schmidt M.H., "Association of the DRD4 exon III polymorphism with smoking in fifteen-year-olds: a mediating role for novelty seeking?", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005 May; 44(5):477-84.
- Le Bon O., Basiaux P., Streeel E., Tecco J., Hanak C., Hansenne M., Anseau M., Pelc I., Verbanck P., Dupont S., "Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group", *Drug Alcohol Depend*, 2004 Feb 7; 73(2):175-82.
- Le Foll B., Frances H., Diaz J., Schwartz J.C., Sokoloff P., "Role of the dopamine D3 receptor in reactivity to cocaine-associated cues in mice", *Eur J Neurosci*, 2002 Jun; 15(12):2016-26.
- Lesswing N.J., Dougherty R.J., "Psychopathology in alcohol- and cocaine-dependent patients: a comparison of findings from psychological testing", *J Subst Abuse Treat*, 1993 Jan-Feb; 10(1):53-7.
- Li T., Liu X., Zhao J., Hu X., Ball D.M., Loh el-W., Sham P.C., Collier D.A., "Allelic association analysis of the dopamine D2, D3, 5-HT2A, and GABA(A)gamma2 receptors and serotonin transporter genes with heroin abuse in Chinese subjects", *Am J Med Genet*, 2002 Apr 8; 114(3):329-35.
- Limosin F., Loze J.Y., Boni C., Fedeli L.P., Hamon M., Rouillon F., Ades J., Gorwood, "The A9 allele of the dopamine transporter gene increases the risk of visual allucinations during alcohol withdrawal in alcohol-dependent women", *Eurosci Lett*, 2004 May 20; 362(2):91-4.
- Limosin F., Loze J.Y., Boni C., Hamon M., Ades J., Rouillon F., Gorwood P., "Male-specific association between the 5-HTTLPR S allele and suicide attempts in alcohol-dependent subjects", *J Psychiatr Res*, 2005 Mar; 39(2):179-82.
- Lindsey K.P., Wilcox K.M., Votaw J.R., Goodman M.M., Plisson C., Carroll F.I., Rice K.C., Owell L.L., "Effects of dopamine transporter inhibitors on cocaine self administration in rhesus monkeys: relationship to transporter occupancy determined by positron emission tomography neuroimaging", *Pharmacol Exp Ther*, 2004 Jun; 309(3):959-69. Epub 2004 Feb 24.
- Little K.Y., McLaughlin D.P., Zhang L., McFinton P.R., Dalack G.W., Cook E.H. Jr, Assin B.J., Watson S.J., "Brain dopamine transporter messenger RNA and binding sites in cocaine users: a postmortem study", *Arch Gen Psychiatry*, 1998 Sep; 55(9):793-9.
- Madianos M.G., Gefou-Madianou D., Stefanis C., "Patterns of alcohol consumption and related problems in the general population of Greece", *Addiction*, 1995 Jan; 90(1):73-85.
- Malcolm R.J., "GABA systems, benzodiazepines, and substance dependence", *J Clin Psychiatry*, 2003; 64 Suppl 3:36-40.
- Mascetti W., Strepparola G., *I disturbi da uso di sostanze*, in Bara B., *Manuale di terapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- McCormick R.A., Dowd E.T., Quirk S., Zegarra J.H., "The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers", *Addict Behav*, 1998 Jul-Aug; 23(4):497-507.
- Mehrman A., "General relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology", *J Psychol*, 2001 Jan; 135(1):71-86.
- Milkman H., Frosh W.A. (1973), "On the preferential abuse of heroin and amphetamine", *J Nerv Ment Dis*, 156:242-8.
- Miller W.R. (2005), "Motivational interviewing", in Hersen M., Rosqvist J.J., *Encyclopedia of Behavior Modification and Cognitive Behavior Therapy*. Vol. 1. *Adult Clinical Applications*, pp. 383-389, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Mirin S.M., Weiss R.D., Griffin M.L., Michael J.L., "Psychopathology in drug abusers and their families", *Compr Psychiatry*, 1991 Jan-Feb; 32(1):36-51.

- Moeller F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C., "Psychiatric aspects of impulsivity", *Am J Psychiatry*, 2001 Nov; 158(11):1783-93.
- Munafò M., Clark T., Johnstone E., Murphy M., Walton R., "The genetic basis for smoking behavior: a systematic review and meta-analysis", *Nicotine Tob Res*, 2004 Aug; 6(4):583-97.
- Nagy J., "Renaissance of NMDA receptor antagonists: do they have a role in the pharmacotherapy for alcoholism?", *Drugs*, 2004 Apr; 7(4):339-50.
- Newman A.H., Kulkarni S., "Probes for the dopamine transporter: new leads toward a cocaine-abuse herapeutic - A focus on analogues of benzotropine and rimcazole", ed *Res Rev.*, 2002 Sep; 22(5):429-64.
- Noda Y., Nabeshima T., "Opiate physical dependence and N-methyl-D-aspartate receptors", *Eur J Pharmacol*, 2004 Oct 1; 500(1-3):121-8. Review.
- Ogloff J.R., Lemphers A., Dwyer C., "Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services", *Behav Sci Law*, 2004; 22(4):543-62.
- Phillips P., Johnson S., "How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2001 Jun; 36(6):269-76.
- Pliakas A.M., Carlson R.R., Neve R.L., Konradi C., Nestler E.J., Carlezon W.A. Jr, "Altered responsiveness to cocaine and increased immobility in the forced swim test associated with elevated cAMP response element-binding protein expression in nucleus accumbens", *J Neurosci*, 2001 Sep 15; 21(18):7397-403.
- Preisig M., Fenton B.T., Stevens D.E., Merikangas K.R., "Familial relationship between mood disorders and alcoholism", *Compr Psychiatry*, 2001 Mar-Apr; 42(2):87-95.
- Raimo E.B., Schuckit M.A., "Alcohol dependence and mood disorders", *Addict Behav*, 1998 Nov-Dec; 23(6):933-46.
- Rosenthal M.S., "Therapeutic communities: a treatment alternative for many but not all", *J Subst Abuse Treat*, 1984; 1(1):55-8.
- Roth-Deri I., Schindler C.J., Yadid G., "A critical role for beta-endorphin in cocaine-seeking behaviour", *Neuroreport*, 2004 Mar 1; 15(3):519-21.
- Rothman R.B., Carroll F.I., Morales M., Rowley D.L., Rice K.C., Dersch C.M., Donovan D.M., "Studies of the biogenic amine transporters. 10. Characterization of a novel cocaine binding site in brain membranes prepared from dopamine transporter knockout mice", *Synapse*, 2002 May; 44(2):94-105.
- Rothman R.B., Gorelick D.A., Heishman S.J., Eichmiller P.R., Hill B.H., Norbeck J., Liberto J.G., "An open-label study of a functional opioid kappa antagonist in the treatment of opioid dependence", *J Subst Abuse Treat*, 2000 Apr; 18(3):277-81.
- Sanchez Huesca R., Guisa Cruz V.M., Cedillo Gonzalez A., Pascual Blanco Y., "Personality profile among cocaine users", *Actas Esp Psiquiatr*, 2002 Mar-Apr; 30(2):91-8.
- Sbrana A., Bizzarri J.V., Rucci P., Gonnelli C., Doria M.R., Spagnolli S., Ravani L., Raimondi F., Dell'Osso L., Cassano G.B., "The spectrum of substance use in mood and anxiety disorders", *Compr Psychiatry*, 2005 Jan-Feb; 46(1):6-13.
- Skinstad A.H., Swain A., "Comorbidity in a clinical sample of substance abusers", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2001 Feb; 27(1):45-64.
- Sung H., Belenko S., Feng L., "Treatment compliance in the trajectory of treatment progress among offenders", *J Subst Abuse Treat*, 2001 Mar; 20(2):153-62.
- Szilagyi A., Boor K., Szekely A., Gaszner P., Kalasz H., Sasvari-Szekely M., Barta C., "Combined effect of promoter polymorphisms in the dopamine D4 receptor and the serotonin transporter genes in heroin dependence", *Neuropsychopharmacol Hung*, 2005 Mar; 7(1):28-33.
- Teoh S.K., Mello N.K., Mendelson J.H., Kuehnle J., Gastfriend D.R., Rhoades E., Sholar W., "Buprenorphine effects on morphine- and cocaine-induced subjective responses by drug-dependent men", *J Clin Psychopharmacol*, 1994 Feb; 14(1):15-27.
- Thadani P.V., "The intersection of stress, drug abuse and development", *Psychoneuroendocrinology*, 2002 Jan-Feb; 27(1-2):221-30.
- Turner R.J., Lloyd D.A., "Cumulative adversity and drug dependence in young adults: racial/ethnic contrasts", *Addiction*, 2003 Mar; 98(3):305-15.
- Unnithan S.B., Cutting J.C., "The cocaine experience: refuting the concept of a model psychosis?", *Psychopathology*, 1992; 25(2):71-8.
- Upadhyaya H.P., Brady K.T., Sethuraman G., Sonne S.C., Malcolm R., "Venlafaxine treatment of patients with comorbid alcohol/cocaine abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study", *J Clin Psychopharmacol*, 2001 Feb; 21(1):116-8.
- van Dyck C.H., Malison R.T., Jacobsen L.K., Seibyl J.P., Staley J.K., Laruelle M., Baldwin R.M., Innis R.B., Gelernter J., "Increased dopamine transporter availability associated with the 9-repeat allele of the SLC6A3 gene", *J Nucl Med*, 2005 May; 46(5):745-51.
- Volkow N.D., Fowler J.S., Wang G.J., "Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans", *J Psychopharmacol*, 1999b Dec; 13(4):337-45.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fischman M.W., Foltin R., Fowler J.S., Franceschi D., Franceschi M., Logan J., Gatley S.J., Wong C., Ding Y.S., Hitzemann R., Pappas N., "Effects of route of administration on cocaine induced dopamine transporter blockade in the human brain", *Life Sci*, 2000 Aug 11; 67(12):1507-15.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fischman M.W., Foltin R.W., Fowler J.S., Abumrad N.N., Vitkun S., Logan J., Gatley S.J., Pappas N., Hitzemann R., Shea C.E., "Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy", *Nature*, 1997 Apr 24; 386(6627):827-30.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Fischman M., Foltin R., Abumrad N.N., Gatley S.J., Logan J., Wong C., Gifford A., Ding Y.S., Hitzemann R., Pappas N., "Methylphenidate and cocaine have a similar in vivo potency to block dopamine transporters in the human brain", *Life Sci*, 1999a; 65(1):PL7-12.
- Weaver T., Madden P., Charles V., Stimson G., Renton A., Tyrer P., Barnes T., Bench C., Middleton H., Wright N., Paterson S., Shanahan W., Seivewright N., Ford C., "Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services", *Br J Psychiatry*, 2003 Oct; 183:304-13.
- Weiss R.D., Kolodziej M., Griffin M.L., Najavits L.M., Jacobson L.M., Greenfield S.F., "Substance use and perceived symptom improvement among patients with bipolar disorder and substance dependence", *J Affect Disord*, 2004 Apr; 79(1-3):279-83.
- Weizman T., Gelkopf M., Melamed Y., Adelson M., Bleich A., "Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patients: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity", *Aust N Z J Psychiatry*, 2003 Aug; 37(4):458-63.
- Wieder H., Kaplan E. (1969), "Drug use in adolescents", *Psychoanalytic Study of the Child*, 24:399-431.
- Woods S.W., "Regional cerebral blood flow imaging with SPECT in psychiatric disease: focus on schizophrenia, anxiety disorders, and substance abuse", *J Clin Psychiatry*, 1992 Nov; 53 Suppl:20-5.
- Wurmser L. (1974), "Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4):820-843.
- Yoder K.K., Kareken D.A., Seyoum R.A., O'connor S.J., Wang C., Zheng Q.H., Mock B., Morris E.D., "Dopamine D(2) receptor availability is associated with subjective responses to alcohol", *Alcohol Clin Exp Res*, 2005 Jun; 29(6):965-70.
- Yufarov V., Fussell D., LaForge K.S., Nielsen D.A., Gordon D., Ho A., Leal S.M., Ott J., Kreek M.J., "Redefinition of the human kappa opioid receptor gene (OPRK1) structure and association of haplotypes with opiate addiction", *Pharmacogenetics*, 2004 Dec; 14(12):793-804.
- Yufarov V., Zhou Y., LaForge K.S., Spangler R., Ho A., Kreek M.J., "Elevation of guinea pig brain preprodynorphin mRNA expression and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity by 'binge' pattern cocaine administration", *Brain Res Bull*, 2001 May 1; 55(1):65-70.
- Zahniser N.R., Sorkin A., "Rapid regulation of the dopamine transporter: role in stimulant addiction?", *Neuropharmacology*, 2004; 47 Suppl 1:80-91.
- Ziedonis D.M., "Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives", *CNS Spectr*, 2004 Dec; 9(12):892-904, 925.

La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive e nella comorbidità psichiatrica associata

Ezio Manzato*, Cristina Biasin*, Felice Nava**

La valutazione come risorsa necessaria del Sistema di Cura

Nei Dipartimenti per le Dipendenze si è da qualche tempo cominciato a parlare di "efficienza", "efficacia", "accessibilità ai trattamenti", "equità dei trattamenti", "appropriatezza degli interventi", "continuità assistenziale", "customer satisfaction", "total quality management", "benchmarking", "budget operativo", "accreditamento" e di altri aspetti organizzativi e gestionali fondamentali per migliorare la pratica clinica quotidiana (Serpelloni e Simeoni, 2002a; Lovaste, 2005). In questi nuovi contesti appare sempre più importante, però, concentrarsi sulla valutazione e sulla diagnosi (valutazione diagnostica) del paziente con dipendenza da sostanze psicoattive in modo da permettere la scelta del trattamento riabilitativo più idoneo (Serpelloni e Simeoni, 2002a,b; Fiocchi *et al.*, 2003; Lovaste, 2005).

La valutazione è lo strumento fondamentale per dare una forte impronta scientifica al sapere, per ridurre la confusione e per capire quanto di gravità è presente nella complessità del paziente con dipendenza da sostanze psicoattive e/o con alcoldipendenza, aspetto che rappresenta il denominatore comune sia della "patologia" dipendenza che del Sistema di Cura (Fiocchi *et al.*, 2003).

La valutazione come strumento di governo del Sistema di Cura

L'esigenza di gestire il processo di trattamento ("cura") e quello di cambiamento del paziente nei Servizi per le Dipendenze vede nella valutazione la modalità principale mediante la quale le diverse figure professionali dell'équipe curante, riflettono sugli obiettivi di lavoro terapeutico e sul trattamento di ciascun paziente.

Il monitoraggio del percorso terapeutico-riabilitativo e del cambiamento del paziente consente all'équipe curante multiprofessionale di avere il feedback necessario per orientare il trattamento riabilitativo (Ball, 2001; Rounsaville, 2001a; Pantalon, 2001a,b; Fiocchi *et al.*, 2003; Lovaste, 2005).

È utile, quindi, che la valutazione accompagni tutto il processo di trattamento ed adotti una prospettiva diacronica (in itinere) della "cura". Tale punto di vista è facilitato dalla scelta nel trattamento riabilitativo di obiettivi terapeutici intermedi (parziali) e di indicatori ben definiti e facilmente quantificabili, oggettivi, ma anche soggettivi (sensazioni del clinico e del paziente, significati della storia personale e percezione della qualità della vita del soggetto) che permettono di descrivere i diversi aspetti (dimensioni) del paziente (valutazione multidimensionale) e che

rendono possibile una precisa pianificazione nel tempo del trattamento riabilitativo (Ball, 2001; Rounsaville, 2001a,b; Pantalon, 2001a,b; Fiocchi *et al.*, 2003; Manzato *et al.*, 2003; Movalli, 2004a).

La valutazione del paziente e del suo trattamento riabilitativo, deve essere organizzata per fasi, con obiettivi terapeutici intermedi e finali e valutazioni ad ogni step del processo; la valutazione è basata su osservazioni multiple, inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione diagnostica d'ingresso che permette la classificazione del disturbo e la sua stadiazione, cioè la gravità clinica (dipendenza, comorbidità psichiatrica e medica e danno bio-psico-sociale) definendo, inoltre, il ruolo che gioca l'ambiente e la famiglia nel determinare il mantenimento della dipendenza.

Questa valutazione diagnostica di classificazione e di stadiazione è fondamentale per la definizione della diagnosi, del decorso clinico e della prognosi del disturbo, per la scelta del migliore accoppiamento paziente-trattamento e per la pianificazione del percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato ed, infine, per il governo (management clinico) del trattamento riabilitativo e per la sua valutazione di andamento e di esito. La valutazione deve essere globale, multidimensionale (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, sociale, ambientale e legale), relativa all'impegno del "cliente" al cambiamento (fondamentale per la relazione terapeutica) ed al suo grado di coinvolgimento nel trattamento riabilitativo, diacronica (dinamica) e ricavata da diverse fonti e con vari strumenti (Simpson *et al.*, 1997; Ball, 2001; Rounsaville, 2001a,b; Pantalon, 2001a,b; Serpelloni e Simeoni, 2002a,b; Simpson, 2003; De Angeli e Serpelloni, 2003; Lovaste, 2005).

La valutazione è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo, con periodicità significativa e deve continuare dopo il termine dello stesso.

Il monitoraggio (follow-up) prevede verifiche periodiche circa l'assunzione delle sostanze psicoattive e controlli di tipo medico, psicologico, psichiatrico, nonché del comportamento del paziente rispetto alle sue relazioni familiari e sociali, e la sua risposta rispetto al trattamento riabilitativo ed al miglioramento della qualità della vita (Ball, 2001; Rounsaville, 2001a; Pantalon, 2001a; Lovaste, 2005).

Gli indicatori di verifica, che sono rappresentati da indicatori diagnostici e di gravità clinica e da indicatori per la valutazione dei risultati intermedi del trattamento riabilitativo in corso e dei risultati finali (esiti), possono essere sia oggettivi che soggettivi e sono analizzati mediante una valutazione globale da parte dell'équipe curante multiprofessionale con il contributo di una autovalutazione da parte del paziente (Serpelloni e Simeoni, 2002a,b; De Angeli e Serpelloni, 2003; Manzato e Fea, 2004).

La valutazione è fondamentale per prevenire la ricaduta in quanto migliora la compliance del paziente al trattamento riabilitativo, mantiene il soggetto nel programma e favorisce la sua adesione e il suo impegno attivo nel processo di cambiamento (Rounsaville, 2001a).

* Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 Legnago (Verona) c/o Ospedale "Chiarenzi" Zevio (Verona).

** Ser.T. Az. ULSS 8 Castelfranco Veneto (Treviso).

La ritenzione in trattamento, che rappresenta un indicatore efficace del coinvolgimento e dei diversi fattori personali, ambientali e terapeutici (interazione tra bisogni personali, fattori motivazionali, pressioni sociali ed aspetti terapeutici del programma riabilitativo, come politiche e prassi di Servizio, assegnazione ad un clinico, accessibilità, offerta di servizi, rapporti terapeutici e soddisfazione del "cliente") che contribuiscono al mantenimento ed all'efficacia del trattamento riabilitativo, è, infatti, collegata direttamente all'esito; un indice maggiore di ritenzione corrisponde ad una maggiore aspettativa di successo terapeutico (Simpson *et al.*, 1997; Simpson, 2003).

La valutazione del paziente è migliorata dall'autovalutazione con scale di self-report, che insieme alla valutazione della qualità della vita (relazioni e produttività), aiutano il clinico a comprendere che vi sono diverse modalità per misurare il successo del trattamento riabilitativo, che è rivolto anche ad evitare la disabilità sociale.

Questo modo di operare è anche in grado di motivare il clinico a lavorare anche con i pazienti difficili e gravi (Pantalon, 2001b). In particolare, per quanto riguarda i pazienti con dipendenza da sostanze psicoattive e con comorbidità psichiatrica associata, che rappresentano soggetti difficili e gravi, per migliorarne la gestione terapeutico-riabilitativa, oltre alla valutazione dei risultati, sono necessarie anche una attenzione ed una verifica continuativa del contesto di cura, dei processi di intervento ed una formazione e supervisione degli operatori dell'équipe curante, che percepisce, a volte, questi pazienti come "troppo fragili" per la riabilitazione psicosociale e preferisce indirizzarli più spesso ad altre strutture (Manzato *et al.*, 2003; Manzato e Fea, 2004).

Per questi pazienti è necessario un trattamento riabilitativo integrato e stadiale, gestito da un'équipe curante multiprofessionale ed interservizi, che condivida un'articolata esperienza clinica ed una riflessione teorica, in grado di favorire la presa in carico globale e la continuità assistenziale (Woody *et al.*, 1994; Maremani *et al.*, 2001; Milesi e Clerici, 2000; Fioritti e Solomon, 2002; Milesi *et al.*, 2003).

Inoltre, è necessaria una rete di Servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, che permetta la continuità assistenziale. Alla luce dei risultati ottenuti da diversi studi clinici sono state definite le linee guida per l'attuazione del trattamento riabilitativo integrato: trattamento terapeutico unico e globale, trattamento stadiale centrato sulla persona con riconoscimento dei suoi bisogni ed approccio globale alla stessa, stabilità abitativa e soddisfazione del paziente, trattamento a lungo termine, misurazione in itinere dei cambiamenti, unica équipe terapeutica, flessibilità e specializzazione dei clinici, accessibilità dei trattamenti, repertorio specifico di diverse tecniche terapeutiche, integrazione dei Servizi e lavoro di rete (Mercer *et al.*, 1998; Drake *et al.*, 1998; Milesi e Clerici, 2000; Milesi *et al.*, 2003).

È possibile identificare, pertanto, tre momenti della valutazione: la valutazione iniziale del paziente che porta alla formulazione di una diagnosi (assessment diagnostico), la verifica del raggiungimento degli obiettivi terapeutici intermedi del trattamento riabilitativo (monitoraggio) ed il follow-up a medio o lungo termine degli obiettivi terapeutici finali (valutazione dell'esito).

La diagnosi come strumento di governo del Sistema di Cura

La diagnosi, come valutazione multiprofessionale e multidimensionale, è la base della pratica clinica nel Sistema delle Dipendenze ed è inoltre un requisito funzionale per l'accreditamento

dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale (Giannotti, 2001, 2004a).

Nell'Accordo Stato-Regioni "Riforma dei Servizi di Assistenza per le Tossicodipendenze" (21.1.1999), tra le diverse indicazioni esplicitate per la riorganizzazione del Sistema delle Dipendenze, il momento della valutazione diagnostica è ritenuto di importanza fondamentale e deve costituire, insieme alla definizione della prognosi, il punto di partenza di qualsiasi intervento terapeutico.

Inoltre, facendo salva la centralità della persona, i Ser.T. devono garantire dei livelli minimi di prestazioni, tra cui, oltre all'accoglienza, alla cura ed alla riabilitazione, è inserita la diagnosi, procedura fondamentale anche ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento (Giannotti, 2001). Nell'Accordo Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei Servizi Privati di Assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" (5.8.1999) l'accesso ai Servizi avviene, infatti, previa valutazione diagnostica multidisciplinare (medica, psicologica e sociale) da parte del Servizio Pubblico o del Servizio Privato accreditato a tal fine, e, pertanto, la valutazione diagnostica deve rappresentare una condizione fondamentale ed ineliminabile per poter effettuare un trattamento riabilitativo (Giannotti, 2001, 2004a).

In ogni caso, la diagnosi non si riferisce semplicemente allo stato di "tossicodipendenza", ma deve configurarsi come diagnosi globale e complessa, per individuare la reale condizione clinica, i bisogni, i problemi, le carenze, le debolezze e le "patologie" del paziente con dipendenza da sostanze psicoattive (che rappresenta una unità psicofisica e relazionale).

La diagnosi deve essere scientifica, validata ed attuata con strumenti idonei per la scelta del trattamento riabilitativo più adeguato, anche in funzione del fatto che la diagnosi, il trattamento riabilitativo e la valutazione del trattamento sono un dovere del Servizio ed un diritto del paziente.

La diagnosi deve essere completa, accurata e condivisa: attualmente lo strumento di riferimento è il DSM-IV-TR, adottato a livello internazionale, che permette di superare la discrezionalità soggettiva e che può favorire lo sviluppo di un linguaggio e di una cultura comuni degli operatori dei Ser.T., verso un Sistema delle Dipendenze più efficiente ed interventi terapeutici più idonei (Giannotti, 2001, 2004a).

In particolare, per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, il DSM-IV-TR, con i criteri diagnostici multiassiali e le sezioni dei diversi disturbi psichiatrici previsti nella classificazione, costituisce il linguaggio riconosciuto, che dovrebbe essere anche quello comune, per la conoscenza della psicopatologia nell'ambito delle dipendenze.

Il corretto inquadramento nosografico dei diversi disturbi psichiatrici deve essere attuato mediante l'osservazione clinica prolungata nel tempo del paziente con dipendenza da sostanze psicoattive sia nella condizione clinica attiva che di astinenza (drug free), nei diversi setting del trattamento riabilitativo, mediante strumenti diagnostici standardizzati, come interviste strutturate (ASI, SCID, ...) e test autosomministrati (MMPI, ...).

Tutto questo all'interno di una procedura diagnostica che sia realizzabile nei Servizi per le Dipendenze Pubblici e del Privato Sociale, in modo che costituisca un atto fondamentale sia per una maggiore consapevolezza clinica che per la verificabilità e per la flessibilità dei trattamenti riabilitativi (Bellomo e Mamma, 2005).

La diagnosi si configura come una relazione essenziale tra il paziente, il clinico curante ed il trattamento, che costituiscono gli elementi del Sistema di Cura.

La diagnosi, come valutazione diagnostica, non si configura come un semplice momento puntuale, ma è un processo contestualizzato, cioè una serie di eventi puntuali legati tra loro dalla necessità di trovare una attribuzione di significato condivisa tra il paziente ed il clinico (storia diagnostica in parte già costruita dal paziente e in parte da costruire assieme tra clinico e paziente).

La condivisione parziale delle intenzioni rende giustificato, dal punto di vista del paziente, il lavoro attorno al processo diagnostico e la sua utilità e fruibilità.

Dal punto di vista processuale il momento della valutazione diagnostica, inoltre, è inscindibilmente legato a quello terapeutico, in quanto devono essere considerati come sequenze di azioni coordinate intorno ad un progetto di cambiamento (Fea, 2001).

La diagnosi è uno strumento di conoscenza ed un punto di incontro, che permette al clinico di sintetizzare tutte le informazioni cliniche e sociali raccolte sul paziente con tutte le nozioni che costituiscono il suo bagaglio culturale e che derivano da generazioni di elaborazioni scientifiche.

La diagnosi, come strumento di conoscenza approfondita e reale del paziente, è provvisoria e soggetta a ripensamenti, ad arricchimenti e ad espansioni su diversi aspetti (Fioritti e Solomon, 2002).

La diagnosi come momento di conoscenza e di comunicazione riveste un ruolo fondamentale nella pratica clinica e la sua importanza è tanto maggiore proprio nell'ambito della comorbilità tra due disturbi, ed in particolare in psichiatria.

Infine, i motivi per prestare attenzione alla diagnosi sono prevalenti soprattutto nelle aree di confine; svariati sono i motivi per effettuare una valutazione diagnostica accurata ed approfondita basata sui sistemi diagnostici DSM o ICD per ogni paziente con problemi psichiatrici e/o da uso di sostanze psicoattive: la necessità di valutare le aree tossicologica e psichiatrica, l'importanza prognostica della presenza di due diagnosi (decorso naturale, compliance e recidività), l'orientamento verso trattamenti riabilitativi mirati, la costituzione di un database sui pazienti per riflessioni cliniche e per ricerca, ed infine, la facilitazione della comunicazione tra gli specialisti del settore delle dipendenze e l'integrazione con altre specializzazioni della psichiatria e della medicina (Fioritti e Solomon, 2002).

Nella comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive al clinico è richiesto uno sforzo diagnostico supplementare, determinato dall'integrazione di informazioni cliniche spesso atipiche derivanti dal contesto clinico con nozioni scientifiche e culturali provenienti da campi del sapere medico-psichiatrico altamente specialistico; a questo devono essere aggiunte anche la varietà massima delle condizioni cliniche (possibili combinazioni tra i sintomi psichiatrici ed indotti dall'uso di sostanze psicoattive) e della gravità delle stesse. Infine, è necessario sottolineare come il problema diagnostico sia presente in tutti i setting della rete dei Servizi per le Dipendenze e di quelli della Salute Mentale (Pronto Soccorso Generale, Servizio di Diagnosi e Cura Psichiatrico, Centri Psichiatrici Ambulatoriali e Territoriali, Centri Ospedalieri di Disintossicazione, Ser.T. e Comunità Terapeutiche) (Fioritti e Solomon, 2002).

Relativamente alla diagnosi, la ricerca scientifica nell'ambito delle dipendenze ha sviluppato numerosi strumenti diagnostici standardizzati che permettono di valutare le diverse aree (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, familiare, sociale, lavorativa e legale), in cui si presentano i problemi correlati alla dipendenza, descrivendone anche la gravità (abuso o dipendenza) e discriminando diverse tipologie di pazienti (Schottenfeld, 1998; Ball, 2001; Rounsaville, 2001a,b).

La valutazione diagnostica permette di definire la gravità clinica (dipendenza, comorbilità psichiatrica e medica) e quella fami-

liare e sociale; la gravità secondo il DSM-IV-TR può essere lieve, moderata o grave, e può essere definita sia mediante la valutazione clinica che con strumenti psicodiagnostici standardizzati (ASI, VGF, CGI, SCL 90, SCID I e II, ...) e con indagini strumentali.

La valutazione della gravità è fondamentale per la scelta, per l'accoppiamento e per la pianificazione del trattamento riabilitativo personalizzato; inoltre, in riferimento alla gravità è possibile ipotizzare trattamenti riabilitativi di diversa intensità assistenziale, che è definita dalla tipologia degli interventi terapeutici e delle prestazioni rese dai diversi operatori dell'équipe curante (numero e tipo di professionisti) (McLellan *et al.*, 1980a,b; Woody *et al.*, 1994; Gerra, 1998; Carrà *et al.*, 2000; Maremmani *et al.*, 2001; Manzato e Fea, 2004).

I trattamenti riabilitativi di intensità bassa, media o alta possono configurarsi rispettivamente come trattamento ambulatoriale e territoriale (trattamento farmacologico per la dipendenza, monitoraggio tossicologico e counselling individuale, a cui possono essere aggiunti, come ulteriore grado di "peso", trattamento psicofarmacologico e psichiatrico, counselling familiare, gruppo di auto-aiuto, psicoterapia individuale o di gruppo e reinserimento lavorativo), come trattamento semiresidenziale ed, infine, come trattamento residenziale (comunità educativa, terapeutica o per doppia diagnosi) (Woody *et al.*, 1994; Maremmani *et al.*, 2001; Manzato e Fea, 2004).

La valutazione diagnostica completa ed accurata dovrebbe comprendere: un'intervista clinica con il paziente ed un esame del suo stato fisico e psichico, un approfondimento delle cartelle cliniche e dei risultati degli esami di laboratorio e delle indagini strumentali, l'impiego di questionari di screening, di interviste strutturate e di test autosomministrati, l'acquisizione dei resoconti di familiari, di amici, di colleghi e di datori di lavoro, il monitoraggio della concentrazione di alcol nell'aria espirata ed un esame chimicotossicologico delle urine o dei capelli per verificare l'uso recente o attuale di sostanze psicoattive.

Una particolare attenzione, infine, deve essere dedicata alle problematiche riguardanti la comorbilità fisica e quella psichiatrica (Schottenfeld, 1998; Ball, 2001; Krauss, 2001; Sadock e Sadock, 2003; Giannotti, 2004a; Nava, 2004).

La diagnosi è il punto di partenza che permette di definire e di descrivere un disturbo, è il primo passo per ridurre la complessità declinandola in diversi livelli di gravità, per organizzare il Sistema di Cura scegliendo (accoppiamento/personalizzazione) il trattamento riabilitativo ambulatoriale o residenziale più adeguato ai bisogni ed alle caratteristiche cliniche del paziente (severità psichiatrica, alleanza terapeutica, atmosfera familiare, inserimento lavorativo, ...) (McLellan *et al.*, 1980a,b; Gerra, 1998; Carrà *et al.*, 2000; Rounsaville, 2001a; Nava, 2004; Lovaste, 2005).

In questo primo momento l'obiettivo fondamentale della valutazione diagnostica è la conoscenza del paziente e l'analisi della sua domanda.

A tal fine è utile sia raccogliere ed analizzare l'eventuale documentazione pregressa prodotta dai Servizi, che hanno avuto in carico il paziente, sia tenere presente quanto emerge dai colloqui clinici preliminari alla presa in carico (Fiocchi *et al.*, 2003). La valutazione diagnostica, come diagnosi diacronica (in itinere) ed osservazione clinica prolungata nel tempo, si sviluppa generalmente in due momenti successivi caratterizzati da livelli di approfondimento diversi.

Il primo livello diagnostico si prefigge la valutazione dello stato tossicologico e della gravità della dipendenza, della condizione medica, socio-ambientale e legale, della presenza di eventuali disturbi psichiatrici, della gravità complessiva degli stessi e della

motivazione al cambiamento, con lo scopo di individuare l'ipotesi di trattamento riabilitativo più idoneo.

Il secondo livello diagnostico è finalizzato principalmente alla descrizione della personalità del paziente e della eventuale comorbidità psichiatrica per personalizzare il trattamento riabilitativo, rendendolo il più adeguato possibile ai bisogni ed alle caratteristiche cliniche del paziente. Questo secondo livello di valutazione viene attuato a 2-3 mesi di compenso psicobiologico con o senza il raggiungimento dell'astinenza, quando è possibile definire un quadro stabile e più realistico dell'area tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, comportamentale, relazionale e legale del paziente (Salloum *et al.*, 2000; Cifelli *et al.*, 2003; Fiocchi *et al.*, 2003; Manzato e Fea, 2004; Movalli, 2004a).

La valutazione diagnostica nella comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive è spesso difficile, richiede un'osservazione clinica prolungata nel tempo e disponibilità del clinico a rivedere costantemente le sue conclusioni. Le principali difficoltà, oltre alla complessità della condizione clinica della doppia diagnosi, risiedono nella preparazione e nelle abitudini della pratica clinica del medico (che tende a diagnosticare ciò che vede più frequentemente), nella scarsa considerazione in cui è tenuto il momento della valutazione diagnostica (con pregiudizio ad una conoscenza completa), nel tempo limitato a disposizione del clinico e nella mancanza di abitudine a collaborare con altri Servizi ed a considerare come indispensabili i trattamenti riabilitativi integrati (con trascuratezza di elementi clinici indispensabili) (Fioritti e Solomon, 2002).

In particolare, per quanto riguarda i pazienti con comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, nella valutazione diagnostica per differenziare il disturbo psichiatrico indipendente (primario) da quello indotto (secondario) dall'assunzione delle sostanze psicoattive, è utile strutturare la valutazione clinica secondo una serie di operazioni specificatamente sequenziate, mediante un'attenta valutazione, uno studio approfondito delle modalità evolutive individuali nel decorso temporale ed un'osservazione clinica precisa.

La prima operazione consiste nel valutare l'effettiva presenza di una diagnosi doppia.

La seconda operazione consiste nell'individuare con precisione l'età in cui si sono manifestati per la prima volta i sintomi dei due disturbi, nel senso che se è evidente la comparsa primaria della dipendenza da sostanze psicoattive l'evoluzione del disturbo psichiatrico è rappresentata da una risoluzione spontanea semplicemente con l'astinenza dalle sostanze psicoattive.

La terza operazione consiste nella ricerca di precedenti periodi di astinenza, a partire dall'inizio della dipendenza, verificando se anche nel corso di quelle fasi si siano sviluppati sintomi psichiatrici.

La quarta operazione consiste nel sottoporre il paziente per circa un mese ad un monitoraggio attento e scrupoloso della condizione clinica, per verificare l'effettiva tendenza alla risoluzione spontanea della sintomatologia psichiatrica con la progressione dell'astinenza dalle sostanze psicoattive.

Generalmente un disturbo psichiatrico indotto va incontro ad una risoluzione spontanea semplicemente con l'astinenza dalle sostanze psicoattive, a meno che vi sia un disturbo persistente indotto da sostanze come danno strutturalmente indotto (amnesia, decadimento demenziale, delirio, ...) (Delle Chiaie, 2002; Fioritti e Solomon, 2002).

Per questi pazienti, inoltre, la procedura diagnostica si svolge a tre livelli.

Il primo livello è quello della diagnosi categoriale, nel senso che i criteri diagnostici standardizzati del sistema di riferimento

DSM-IV-TR costituiscono la guida per un inquadramento sia dell'abuso o della dipendenza da sostanze psicoattive che del disturbo psichiatrico (criterio gerarchico); la diagnosi categoriale può avere un notevole ausilio dall'accertamento di marker biologici mediante gli esami di laboratorio (metaboliti urinari delle sostanze psicoattive, alcolemia, ...).

Il secondo livello è quello dell'inquadramento dimensionale, nel senso che è opportuno prendere in considerazione accanto alle dimensioni psicopatologiche del disturbo psichiatrico (schizofrenia: impoverimento, trasformazione della realtà, disorganizzazione e depressione) anche la dimensione appetitività-dipendenza, che rappresenta la tendenza all'assunzione di sostanze psicoattive; inoltre, è opportuno valutare le modalità ed i tempi di assunzione sia della fase premorboza che di quella attuale, l'entità dei fenomeni del craving e le modalità di ricerca e di assunzione di sostanze psicoattive (comportamento passivo da situazioni ambientali, comportamento stereotipato e pseudo-ossessivo, ...).

Il terzo livello è quello interpretativo e si riferisce all'ipotesi di un rapporto di causalità tra abuso o dipendenza da sostanze psicoattive e sintomatologia psichiatrica; questo rapporto in alcuni casi può essere stabilito solo in termini probabilistici o in molti casi non essere identificabile, tuttavia, quando può essere stabilito con ragionevole probabilità rappresenta una linea guida utile per la priorità e per la sequenza degli interventi terapeutici del trattamento riabilitativo.

Gli elementi clinici che possono essere di aiuto in questo terzo livello diagnostico sono sostanzialmente tre criteri di massima sul rapporto causale nei casi in cui non sia chiaramente dimostrato: la familiarità (per disturbi psichiatrici e/o per disturbi da uso di sostanze psicoattive), la sequenza temporale di insorgenza (periodo prodromico o attuale del disturbo psichiatrico, meccanismo compensatorio di effetti indesiderati farmacologici, ...) e la reversibilità da sospensione delle sostanze psicoattive (disturbo sindromico secondario che si esaurisce con l'astinenza dalle sostanze psicoattive) (Pancheri, 2002a; Bellomo e Mammanna, 2005).

La doppia diagnosi si riferisce alla particolare condizione clinica di comorbidità in cui il disturbo da uso di sostanze psicoattive è associato ad un disturbo psichiatrico, e questa associazione può avere dei rapporti di causalità diversi tra i due disturbi.

La prima possibilità è che l'associazione sia casuale (eziopatogenesi indipendente), la seconda possibilità è che esista un disturbo sindromico primario con un cluster di sintomi psichiatrici che determina l'assunzione delle sostanze psicoattive (modello dell'automedicazione), la terza possibilità è che esista un rapporto di causalità accertato tra assunzione di sostanze psicoattive e comparsa di un disturbo psichiatrico (disturbo indotto temporaneo o persistente), la quarta possibilità è che un disturbo da uso di sostanze psicoattive possa avere una serie di determinanti e di concause comuni (meccanismo patofisiologico comune).

Il rapporto di causalità può essere chiarito tenendo presente i tre criteri di massima sopraccitati (Woody *et al.*, 1994; Gabbard, 2002a; Pancheri, 2002b).

La classificazione più conosciuta delle condizioni cliniche di doppia diagnosi individua tre classi di pazienti: pazienti con disturbo psichiatrico primario e disturbi da abuso/dipendenza secondari, pazienti con disturbo da abuso/dipendenza primario e disturbi psichiatrici secondari, pazienti con disturbi psichiatrici e disturbi da abuso/dipendenza entrambi primari (First e Gladis, 1993).

Il disturbo psichiatrico primario è caratterizzato da: tipo e pattern delle sostanze psicoattive in relazione nota con il disturbo,

disturbo psichiatrico esordito precedentemente all'uso delle sostanze psicoattive e presente nei periodi di astinenza, sintomi psichiatrici non in relazione con le sostanze utilizzate e presenza di familiarità per disturbi psichiatrici, ma non per disturbi da uso di sostanze psicoattive (segnalazione come principale per la diagnosi psichiatrica).

Il disturbo da uso di sostanze psicoattive primario è caratterizzato da: relazione temporale tra uso di sostanze psicoattive e sintomi psichiatrici (uso di sostanze precedente, remissione dei sintomi psichiatrici alla sospensione, nel caso di disturbi permanenti i sintomi psichiatrici si instaurano con gradualità nell'arco di mesi o di anni), sintomi psichiatrici congrui per tipo, quantità e durata dell'uso della sostanza psicoattiva (segnalazione come principale per la diagnosi di abuso o dipendenza della sostanza psicoattiva con descrizione del disturbo indotto: intossicazione, astinenza, delirium, demenza, disturbo amnestico, psicotico, dell'umore e del sonno e disfunzione sessuale) e presenza di familiarità solo per disturbi da uso di sostanze psicoattive.

Entrambi i disturbi sono primari: disturbi con decorsi indipendenti, sintomi psichiatrici non in relazione clinica comprensibile con l'uso di sostanze psicoattive, storia familiare variabile ma con scarse indicazioni (segnalazione di entrambi i disturbi sull'Asse I e nessuno codificato come principale, ma al massimo "all'origine della valutazione o del trattamento") (Fioritti e Solomon, 2002).

In sintesi, la diagnosi di comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive si basa, oltre che su di una raccolta anamnestica accurata ed una valutazione di segni e di sintomi, sull'applicazione di sei regole decisionali (tre maggiori e tre minori):

- momento d'esordio del disturbo psichiatrico (precedente o successivo all'abuso di sostanze psicoattive);
- caratteristiche sintomatologiche del quadro clinico (sintomi qualitativamente differenti da quelli riscontrati nei soli disturbi da uso di sostanze psicoattive);
- persistenza del disturbo psichiatrico per circa quattro settimane dopo la disintossicazione;
- familiarità positiva per disturbi psichiatrici;
- precedenti tentativi terapeutici falliti per dipendenza da sostanze psicoattive e/o disturbi psichiatrici;
- eventuale risposta terapeutica a pregressi trattamenti psicofarmacologici (Sullivan e Evans, 1994; APA, 2000).

Sono state proposte varie linee guida per distinguere i disturbi psichiatrici primari (sottostanti) da quelli secondari (indotti).

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica in pazienti con alcoldipendenza, è stato proposto che una diagnosi di disturbo psichiatrico primario possa essere formulata solo se la sua comparsa ha preceduto l'esordio dell'alcoldipendenza e se è perdurata nei periodi pregressi di astinenza o se si protrae dopo quattro settimane di astinenza.

Questa metodologia evita la formulazione di diagnosi di disturbo dell'umore nella maggioranza dei pazienti in cui l'umore si ristabilisce spontaneamente durante le prime quattro settimane di astinenza; tuttavia, potrebbe rendere difficile sia la diagnosi di disturbo psichiatrico primario che l'avvio del trattamento per i pazienti che non sono in grado di mantenere l'astinenza per questo periodo di tempo e l'impossibilità di trattare i disturbi psichiatrici primari può contribuire alla ricaduta nell'uso dell'alcol e/o delle sostanze psicoattive.

La riduzione a dieci giorni o due settimane del periodo di astinenza richiesto per formulare la diagnosi, invece, permette di avviare più rapidamente il trattamento e può migliorare l'adesione allo stesso, ma può risultare chiaramente più rischiosa in relazione all'aumentata probabilità che i pazienti assumano

contemporaneamente l'alcol o le altre sostanze psicoattive con gli psicofarmaci prescritti (Schuckit, 1989; Rounsaville e Kranzler, 1989; Schottenfeld, 1998).

Indipendentemente dalle regole decisionali utilizzate, una diagnosi di comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive ha importanti implicazioni prognostiche e cliniche: la sua copresenza conferisce, solitamente, una prognosi più sfavorevole al decorso del disturbo da uso di sostanze psicoattive e determina un peggioramento dell'andamento e dell'esito del trattamento riabilitativo (Rounsaville *et al.*, 1987; Schottenfeld, 1998).

La diagnosi come valutazione multidimensionale

La dipendenza da sostanze psicoattive è un disturbo complesso e multidimensionale e, per tale ragione, anche la valutazione diagnostica deve essere fatta dall'integrazione di più saperi che danno origine ad una diagnosi globale e complessa, come processo di conoscenza e di approfondimento di diversi problemi (aspetti clinici) correlati all'uso delle sostanze psicoattive, sviluppato dai diversi operatori dell'équipe curante. La valutazione diagnostica è un percorso articolato sull'osservazione clinica attenta ed empatica, sullo scambio di informazioni e sulla loro interpretazione in relazione al significato che il paziente attribuisce loro ed a quello derivato dall'esperienza e dal sapere specialistico di ciascuna disciplina nel contesto del modello interpretativo di riferimento (Fiocchi *et al.*, 2003; Movalli *et al.*, 2004a,b).

Il focus della diagnosi, della valutazione e del trattamento riabilitativo con pazienti con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive è generalmente posto su di una serie di aree critiche, che sono riconducibili a quelle indagate dall'ASI o dall'EuropASI (Addiction Severity Index - McLellan *et al.*, 1980a,b, 1992; Consoli e Bennardo, 1995), uno degli strumenti più diffusamente conosciuti e utilizzati nell'ambito delle dipendenze (Carrà *et al.*, 2000; Fiocchi *et al.*, 2003; Movalli *et al.*, 2004a,b; Manzato e Fea, 2004), ma anche dalla valutazione multiassiale prevista dal DSM-IV e TR (APA, 1994, 2000):

1. **Area medico-sanitaria** [ASI area 1 e Asse III del DSM-IV-TR]. La valutazione in questa area è volta a predisporre un quadro esaustivo delle condizioni di salute fisica del paziente. Il setting è quello medico.

2. **Area del lavoro e del sostentamento** [ASI area 2 e Asse IV del DSM]. La valutazione di questa area è volta all'approfondimento del funzionamento lavorativo, della situazione lavorativa e delle modalità di sostentamento del paziente. Il setting elettivo per raccogliere questo tipo di informazioni è quello psicosociale.

3. **Area dell'uso di sostanze psicoattive** [ASI aree 3-4 e Asse I del DSM]. L'attenzione nella valutazione di questa area è centrata sullo studio della storia tossicologica del paziente e sull'indagine dell'abuso attuale e pregresso di sostanze psicoattive: è utile a tal fine verificare se l'uso di sostanze è primario o secondario, l'onset, le modalità di assunzione, i pattern di poliabuso (Pinaconti, 2004), il tipo di craving (Addolorato *et al.*, 2005), le over-dosi, la tipologia e l'esito dei precedenti trattamenti di disintossicazione e di prevenzione della ricaduta, ... Queste informazioni possono essere raccolte nel setting medico.

4. **Area della situazione legale** [ASI area 5 e Asse IV del DSM]. La valutazione in questa area è finalizzata a disporre di un quadro esaustivo della situazione legale del paziente. La relativa documentazione può essere richiesta presso i Servizi competenti: Ser.T., CSSA, Tribunale, Questura ed altri Enti.

5. **Area delle reti sociali e delle relazioni familiari** [ASI area 6 e Asse IV del DSM]. Generalmente, si possono individuare due focus di attenzione: da un lato la famiglia di origine, con la sua storia, le sue dinamiche, i miti e le fantasie relazionali prevalenti, nonché gli eventuali casi di familiarità per uso di sostanze psicoattive e/o per disturbi psichiatrici; dall'altro, la famiglia nucleare o la relazione di coppia, di cui sono da considerare sia le qualità intrinseche che la relazione con le famiglie di origine dei due partner. Il setting è quello psicosociale.

6. **Area psichica** [ASI area 7, Asse I e Asse II del DSM]. L'indagine relativa all'area psichica è rivolta all'approfondimento del funzionamento mentale del paziente. È utile valutare il livello intellettuale e cognitivo, la personalità ed i suoi eventuali disturbi, la presenza di sintomi o di disturbi psichiatrici. Il setting è principalmente psicologico-psichiatrico.

7. **Valutazione personale del trattamento riabilitativo in corso.** Un'altra area importante da valutare è l'opinione di coloro che usufruiscono direttamente (pazienti) o indirettamente (familiari, cittadini, altri Servizi, ...) del trattamento riabilitativo proposto dal Servizio. Il fine è conoscere il giudizio circa la qualità percepita dell'esperienza terapeutico-riabilitativa in corso sia in termini di customer satisfaction sia di risultati ottenuti. La fonte del dato è principalmente il paziente, ma anche i familiari e gli "Inviati" (Fiocchi *et al.*, 2003).

È sempre importante compiere diagnosi complete, accurate e precise dei diversi disturbi psichiatrici (Garbarini e De Peri, 2000).

Le diagnosi accurate possono, infatti, facilitare la comunicazione tra i clinici riassumendo facilmente ed in maniera concisa le informazioni cliniche contenute in una diagnosi specifica.

Un inquadramento nosografico preciso consente, inoltre, di prevedere il decorso clinico e la prognosi dei diversi disturbi psichiatrici e di scegliere il trattamento farmacologico e/o riabilitativo più appropriato (Othmer e Othmer, 1999a; Garbarini e De Peri, 2000).

Per ovviare alle molteplici e diverse impostazioni nosografiche, negli ultimi venti anni si è sviluppato l'orientamento di elaborare criteri diagnostici operativi in grado di identificare i disturbi psichiatrici in modo replicabile e stabile nel tempo ed anche per clinici diversi.

Le due classificazioni più importanti sono il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) pubblicato dall'Associazione Psichiatrica Americana e la Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Associati alla Salute (ICD) pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Kemali *et al.*, 1992; APA 1994, 2000; Garbarini e De Peri, 2000).

Le diagnosi del DSM-IV sono compatibili e in parte sovrapponibili a quelle della decima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Associati alla Salute (ICD-10), pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1992. Il DSM-IV nel 2000 è stato sottoposto a completa revisione nel DSM-IV-TR (Garbarini e De Peri, 2000).

Il DSM-IV e TR fornisce per ciascuna diagnosi criteri diagnostici precisi che si compongono di un elenco di sintomi essenziali all'individuazione di un disturbo psichico specifico (entità nosografica).

L'utilizzo di questi criteri diagnostici sembra avere migliorato molto l'affidabilità diagnostica (cioè la probabilità che due clinici diversi identifichino lo stesso disturbo in una data situazione); percentualmente l'accordo su diagnosi importanti come quella di schizofrenia e di disturbo depressivo era in passato del 20%, mentre attualmente raggiunge l'80%. Il DSM-IV e TR descrive sistematicamente ogni disturbo psichico secondo le seguenti

aree: caratteristiche essenziali, manifestazioni associate, età d'esordio, decorso, menomazione (disabilità), complicanze, fattori predisponenti, prevalenza, incidenza, distribuzione tra i sessi, familiarità e diagnosi differenziale (Othmer e Othmer, 1999a,b; Garbarini e De Peri, 2000).

Il DSM-IV e TR ha un sistema di valutazione che consente l'osservazione dei pazienti secondo variabili differenti definite Assi, cosicché il clinico può approfondire tutti gli aspetti clinici (dimensioni) della salute e del funzionamento globale del paziente.

Le informazioni cliniche ottenute sono valide per valutare con buona approssimazione l'entità di una menomazione psichica, per scegliere e per pianificare il trattamento più adeguato e per predirne l'andamento e l'esito. Il DSM-IV e TR elenca cinque Assi da valutare e da commentare da parte del clinico:

- Asse I, che include i disturbi psichiatrici maggiori;
- Asse II, che include i disturbi di personalità, che sono condizioni molto importanti ai fini prognostici e del trattamento;
- Asse III, che include le malattie organiche, le quali possono essere causa o conseguenza di disturbi psichiatrici o non essere correlati in alcun modo;
- Asse IV, che definisce gli eventi stressanti psicosociali ed ambientali in grado di sviluppare o di peggiorare i disturbi psichiatrici correnti e di influenzarne la prognosi ed il trattamento; anche i problemi psicosociali che insorgono in conseguenza del disturbo possono essere riportati su questo asse: problemi con il gruppo di supporto principale, legati all'ambiente sociale, di istruzione, lavorativi, abitativi, economici, di accesso ai Servizi Sanitari, legati all'interazione con il sistema legale/criminalità ed altri problemi psicosociali ed ambientali;
- Asse V, che prevede una valutazione globale del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo del paziente al momento della valutazione e nel periodo di più alto livello dell'anno precedente. Il funzionamento viene riportato su questo Asse tramite la scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) con valori da 1 (sintomi gravissimi) a 100 (sintomi assenti). Consente di ottenere utili informazioni sulla prognosi, che è migliore nei soggetti con un più elevato funzionamento premorboso (APA, 1994, 2000; Othmer e Othmer, 1999a,b; Garbarini e De Peri, 2000; Sadock e Sadock, 2003).

La diagnosi categoriale secondo il DSM-IV, che definisce una valutazione psichiatrica descrittiva, viene fatta utilizzando degli algoritmi (alberi decisionali), che valutano la realtà a partire da una logica binaria "o sì o no" che permette di entrare nelle diverse aree diagnostiche psicopatologiche del DSM-IV.

Le operazioni diagnostiche fatte secondo le indicazioni algoritmiche del DSM-IV sono fondate su quattro criteri metodologici: descrittivo, funzionale, cronologico e di esclusione.

Il primo, descrittivo, definisce la descrizione come necessaria per costruire la diagnosi.

Il secondo, funzionale, definisce che la sintomatologia incide in maniera significativa sulle funzioni della persona. Il terzo, cronologico, definisce un tempo specifico e preciso, secondo una parametrizzazione rigorosa cronologica e temporale.

Il quarto, di esclusione, definisce l'autorizzazione a collocare il paziente in una categoria diagnostica (entità nosografica) specifica escludendo degli altri quadri diagnostici.

La descrizione categoriale dei diversi quadri diagnostici nettamente separati, però, non corrisponde alla realtà, che, invece, è ben espressa dalla descrizione dimensionale, che rappresenta un continuum, con una sovrapposizione dei diversi disturbi psicopatologici.

Il criterio dimensionale ha la possibilità di essere preso in considerazione quando vengono valutati i pazienti sull'Asse II, dove può esistere un passaggio tra i tratti di personalità ed i disturbi di personalità (Othmer e Othmer, 1999a).

Oltre alla valutazione psichiatrica descrittiva (orientata al sintomo) esiste anche il punto di vista strutturale, psicodinamico (orientato all'insight), importante sia per gli aspetti concettuali che clinici, che permette di evidenziare le strutture di personalità nevrotica, borderline e psicotica, che soggiacciono e che sostengono i sintomi psichiatrici e che nella pratica clinica permette di riservare spazi di libertà nella relazione terapeutica.

La relazione terapeutica non può essere guidata solamente dal quadro diagnostico descrittivo secondo il DSM-IV, ma abbisogna di una "guida" diversa che è centrata sui meccanismi di difesa, con cui il sistema psichico funziona e che rappresentano una valenza adattiva ed una di controllo dell'angoscia.

Durante la relazione terapeutica è molto importante avere in mente la gerarchia dei meccanismi di difesa e valutare come il paziente li utilizzi in modo stabile, transitorio o episodico.

Il primo livello difensivo è costituito dalla proiezione e dal diniego, il secondo livello è costituito dall'azione o dal ritiro, il terzo livello è costituito dall'identificazione proiettiva e dalle fantasie autistiche, il quarto livello è costituito dalla difesa narcisistica, il quinto livello è costituito dallo spostamento, dalla dissociazione, dalla rimozione e dall'indecisione.

La diagnosi psicodinamica guidata dalla visione della personalità come struttura (articolazione della struttura, piani e difese) è sicuramente in grado di dare maggior respiro, di permettere di uscire fuori dal piano nosografico asettico e di consentire che la relazione terapeutica non sia guidata solamente da "etichette" diagnostiche, ma sia fondata sulle prospettive della storia personale del paziente (Othmer e Othmer, 1999a).

La valutazione psicodinamica (orientata all'insight) non è separabile dalla valutazione psichiatrica descrittiva (orientata al sintomo), in quanto le informazioni cliniche descrittive (anamnestiche, sui segni e sui sintomi) sono componenti essenziali dell'inquadramento diagnostico, cosicché la valutazione diagnostica psicodinamica può essere considerata come un ampliamento significativo della valutazione psichiatrica descrittiva.

Inoltre, i due tipi di colloquio (descrittivo-orientato al sintomo e psicodinamico-orientato all'insight) possono essere integrati per sviluppare uno stile d'intervento in grado di ricavare informazioni cliniche di vario livello dal paziente (Gabbard, 2002b; Othmer e Othmer, 1999a).

I diversi elementi clinici della diagnosi psicodinamica costituiscono la base della formulazione esplicativa, che è un'ipotesi che illustra come tutti questi elementi interagiscono nel creare la condizione clinica del paziente.

Questa ipotesi riassuntiva indicata anche come "formulazione psicodinamica", può includere considerazioni sugli aspetti biologici del disturbo psichiatrico, la predisposizione genetica, le influenze socioambientali, i fattori intrapsichici e le conseguenti implicazioni terapeutiche.

La formulazione dovrebbe in sintesi mettere in luce gli aspetti clinici principali e la loro rilevanza rispetto al progetto terapeutico-riabilitativo (Perry *et al.*, 1987; Gabbard, 2002b).

Anche la valutazione psicodinamica ha come obiettivo quello di scegliere e di guidare la pianificazione globale del trattamento, anche quando una psicoterapia psicodinamica è sconsigliata; infatti, il trattamento è comunque psicodinamicamente "informato" (Gabbard, 2002b).

A partire dalla diagnosi complessa, multidimensionale e multidisciplinare, in quanto costruita con lo sforzo autonomo e congiunto di diverse figure e competenze professionali dell'équipe

curante (identità del gruppo di lavoro) e definita nelle riunioni di équipe (con scambio di informazioni di varie competenze e con formalizzazione di ipotesi cliniche più complete e validate o meno dal confronto) e confermata nelle supervisioni, vengono scelti gli obiettivi del lavoro terapeutico (generali e specifici), dei quali quello prioritario è rappresentato dal raggiungimento dell'astinenza dalle sostanze psicoattive e quello ultimo si configura come la migliore qualità della vita del paziente.

A partire dagli obiettivi terapeutici individualizzati per ciascun paziente viene formulato un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, che deve prevedere il monitoraggio periodico (in itinere) del trattamento riabilitativo e chiari criteri di dimissione (Fiocchi *et al.*, 2003; Manzato *et al.*, 2003; Movalli, 2004a,b).

Gli strumenti della valutazione multidimensionale

L'introduzione nella pratica clinica di strumenti di valutazione standardizzati, nell'ambito di protocolli terapeutici, in cui sono definite le tecniche terapeutiche, le modalità di erogazione e le prestazioni, permette di raccogliere in modo strutturato informazioni cliniche, che già fanno parte della raccolta anamnestica e della pratica clinica, facilitando il lavoro degli operatori dei Servizi, la quantificazione oggettiva del dato (informazione clinica) e, pertanto, sia il processo di valutazione che lo scambio di informazioni all'interno di una cultura comune (Ball, 2001; Pantaloni, 2001a,b; Fiocchi *et al.*, 2003; Manzato *et al.*, 2003; Movalli, 2004a,b; Lovaste, 2005).

Nell'ambito delle dipendenze esistono numerosi strumenti standardizzati che possono essere impiegati per la diagnosi e per la valutazione del paziente e del suo trattamento riabilitativo.

Per la scelta degli strumenti sono importanti i seguenti criteri: breve tempo di somministrazione, diversificazione delle fonti di informazione (auto ed etero somministrazione), facilità di interpretazione, valutazione di più variabili, quantificazione delle variabili, validazione italiana o europea. Inoltre, particolare attenzione deve essere riposta agli aspetti di validità e di fedeltà (Fiocchi *et al.*, 2003).

La valutazione diagnostica multidimensionale è attuata mediante diversi strumenti standardizzati: strumenti psicodiagnostici (test psicologici, questionari, scale di valutazione ed interviste strutturate), esami di laboratorio, marker biologici di uso delle sostanze psicoattive ed indagini strumentali (Boccaloni e Vendramin, 1996; Kleber, 1998; Schottenfeld, 1998; Garbarini e Comazzi, 2000; Rounsaville, 2001a,b; Ball, 2001; Kaplan e Sadock, 2001b,c; Sadock e Sadock, 2003; Nava, 2004).

In particolare, per quanto riguarda gli strumenti psicodiagnostici, il loro utilizzo è attuato secondo una precisa indicazione diagnostica, all'interno di un assessment diagnostico flessibile, somministrato da clinici attenti e preparati, nel rispetto della relazione terapeutica con il paziente ed avendo presente la lettura contestuale delle informazioni cliniche raccolte (Lucchini e Strepparola, 2001).

Questi strumenti devono indagare molteplici aspetti clinici (dimensioni) del paziente: organizzazione della personalità, livello di funzionamento globale, maturità dell'io, psicopatologia presente nell'infanzia, gestione della sfera affettiva e controllo degli impulsi, meccanismi di difesa prevalenti e qualità dei processi intellettivi (Lehman *et al.*, 1989, 2000). Inoltre, il processo diagnostico deve essere aperto e flessibile, per adeguarsi alla modificazione della sintomatologia in seguito all'astinenza (Lehman *et al.*, 1989, 2000).

Specificatamente per quanto riguarda l'assessment diagnostico per la comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da

sostanze psicoattive è consigliata l'inclusione di strumenti psicodiagnostici adeguati per migliorare l'affidabilità della diagnosi complessa e multidimensionale (Kranzler *et al.*, 1996). Vengono distinti tre gruppi di strumenti: gli strumenti di screening, quelli di diagnosi e quelli di valutazione del trattamento (Carey e Correia, 1998). Tra gli strumenti di screening, di approfondimento diagnostico e di valutazione del trattamento possono essere segnalati: DAST (Drug Abuse Screening Test), CAGE, MALT (Munich Alcoholism Test), ADS (Alcohol Dependence Scale), ASI, scale per la valutazione di disturbi e sintomi psichiatrici come ansia, aggressività, depressione, ... (SCL-90-R, STAI, STAXI, HDRS, BDI, ...), interviste strutturate (SCID I), test di valutazione della personalità (MMPI 2, MCMI, SCID II), reattivi proiettivi (Rorschach, TAT, ...), test sulle relazioni familiari (FRT), test cognitivi (WAIS-R, Matrici progressive di Raven, test di memoria, del linguaggio e per il controllo dell'information processing) e strumenti di valutazione (SATS-Substance Abuse Treatment Scale, SOCRATES-Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, CGI, Client Satisfaction Questionnaire) (Carey e Correia, 1998; Krauss, 2001; Lucchini e Strepparola, 2001; Bignamini *et al.*, 2002; Cifelli *et al.*, 2003; Bussolati, 2004; Guardia *et al.*, 2004; Nava, 2004).

La presentazione della diagnosi

La formulazione della diagnosi (provvisoria o definitiva) e la sua presentazione (restituzione) al paziente ed eventualmente alla sua famiglia o al nucleo familiare sostitutivo costituisce la conclusione dell'assessment diagnostico (Schottenfeld 1998; Othmer e Othmer, 1999a; Garbarini e Comazzi, 2000; Cifelli *et al.*, 2003; Giannotti, 2004b; Nava, 2004).

La presentazione della diagnosi è un dovere dei clinici dell'équipe curante ed un diritto del paziente.

Oltretutto, il momento della restituzione e della condivisione fa parte del momento obbligatorio del consenso informato, previsto dal legislatore per restituire dignità e protagonismo al paziente.

Questo momento di consenso deve essere non un atto burocratico ma un vero momento di comprensione e di condivisione tra clinico e paziente su obiettivi terapeutici intermedi e finali, percorso, tempi, modalità e strumenti del trattamento riabilitativo. È importante, infine, sottolineare che, affinché il paziente partecipi attivamente al percorso terapeutico-riabilitativo, gli obiettivi terapeutici (a breve, medio e lungo termine) già prefissati e concordati, devono essere chiari, concreti, raggiungibili e valutabili su due assi prioritari di valutazione: l'affrancamento dalle sostanze psicoattive ed il mantenimento/miglioramento della qualità della vita (Giannotti, 2004b; Bussolati, 2004; Nava, 2004).

Bibliografia

Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G. (2005)., "How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review", *Neuropsychobiology*, 51, 59-66.

American Psychiatric Association (APA) (1996), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4ª Ed.* (DSM-IV, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994), Milano, Masson.

American Psychiatric Association (APA) (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4ª Ed. T.R.* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000), Milano, Masson.

Ball S.A. (2001), "Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 89-100), Milano, Franco Angeli.

Bellomo A., Mammana G. (2005), "La doppia diagnosi tra psicopatologia e nosografia", in Di Sciascio G., Nardini M. (Eds.), *Comorbidità fra disturbi mentali e dipendenze patologiche: il problema della cosiddetta "Doppia Diagnosi"* (pp. 13-36), Foggia, DITE Edizioni Scientifiche.

Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S. (2002), "La valutazione diagnostica del paziente con comorbidità", in Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S. (Eds.), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità* (pp. 51-59), Castello D'Argile (Bologna), Editeam.

Boccalon R., Vendramin A. (1996), "Abuso di sostanze e dipendenza: strumenti e criteri diagnostici", in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. (Eds.), *Medicina delle tossicodipendenze* (pp. 28-36), Verona, Cierre Grafica.

Bussolati N. (2004), "Protocollo diagnostico per la valutazione e la diagnosi del paziente tossicodipendente: il Ser.T. di Reggio Emilia", in Nizzoli U. (Eds.), *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche. Programmazione, qualità e valutazione* (pp. 237-272), Milano, FrancoAngeli.

Carey K.B., Correia C.J. (1998), "Severe mental illness and addictions: assessment consideration", *Addictive Behaviors*, 23, 6, 735-748.

Carrà G., Scioli R., Gioni M., Barale F. (2000), "Profili di gravità ed esiti di trattamento dei pazienti di un servizio di consultazione per la comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze", in Clerici M., Sacchetti E. (Eds.), *Doppia diagnosi. Disturbi correlati a sostanze e comorbidità psichiatrica. Noos*, 2, 157-177.

Cifelli G., Manzato E., Strepparola G., Lucchini A., Fea M., Basti S., Cavagnini E., D'Egidio P. (2003), "L'assessment psicodiagnostico", in Manzato E. (Eds.), *La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico. Vol. II, Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, 73-180.

Consoli A., Bannardo A. (1995), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index*, Torino, Centro Scientifico Editore.

De Angeli M., Serpelloni G. (2003), "La scelta degli strumenti per la valutazione del processo terapeutico e per la valutazione degli esiti", in Serpelloni G., De Angeli M., Ramazzo L. (Eds.), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza* (pp. 153-300), Verona, La Grafica.

Delle Chiaie R. (2002), "Alcol", in Pancheri P. (Eds.), *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze* (pp. 531-580), Firenze, Scientific Press.

Drake R.E., Mercer C.C., McFadden C., Mueser K.T., McHugo G.J., Bond G.R. (1998), "Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders", *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.

Fea M. (2001), "Diagnosi e sistema di cura", in Lucchini A. (Eds.), *Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 367-385), Milano, FrancoAngeli.

Fiocchi A., Bellini C., Gobbo S. (2003), "Epistemologia, metodologia e operatività in un percorso di valutazione multidimensionale in centri terapeutici semiresidenziali e residenziali per tossicodipendenti", in Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. (Eds.), *La valutazione nel trattamento delle dipendenze* (pp. 118-166), Milano, FrancoAngeli.

Fioritti A., Solomon J. (2002), "Aspetti clinici-Diagnosi", in Fioritti A., Solomon J. (Eds.), *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento* (83-105), Milano, FrancoAngeli.

First M., Gladis M.M. (1993), "Diagnosis and differential diagnosis of psychiatric and substance use disorders", in Solomon J., Zimberg S., Shollar E. (Eds.), *Dual diagnosis: evaluation, treatment, training and program development* (23-38), New York, Plenum Medical.

Gabbard G.O. (2002a), "Disturbi da uso di sostanze e disturbi dell'alimentazione", in Gabbard G.O. (Eds.), *Psichiatria Psicodinamica* (pp. 343-378), Milano, Raffaello Cortina.

Gabbard G.O. (2002b), "Valutazione psicodinamica del paziente", in Gabbard G.O. (Eds.), *Psichiatria Psicodinamica* (pp. 67-89), Milano, Raffaello Cortina.

Garbarini M., De Peri L. (2000), "Diagnosi e classificazioni psichiatriche", in Invernizzi C. (Eds.), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica* (pp. 21-26), Milano, McGraw-Hill.

- Garbarini M., Comazzi M. (2000), "Valutazione e intervista psichiatrica", in Invernizzi C. (Eds.), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica* (pp. 27-34), Milano, McGraw-Hill.
- Gerra G. (1998), "Matching paziente-trattamento", in Gerra G. (Eds.), *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio clinico pratico* (pp. 121-125), Milano, Mediserve.
- Giannotti C.F. (2001), "Presentazione del Seminario", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 13-15), Milano, FrancoAngeli.
- Giannotti C.F. (2004a), "Osservazione e diagnosi", in Giannotti C.F. (Eds.), *Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi* (pp. 90-119), Milano, FrancoAngeli.
- Giannotti C.F. (2004b), "Trattamento", in Giannotti C.F. (Eds.), *Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi* (pp. 120-148), Milano, FrancoAngeli.
- Guardia J., Segura L., Gonzalvo B., Iglesias L., Roncero C., Cardús M., Casas M. (2004), "A double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in treatment of alcohol-dependence disorder", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 5, 736-745.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001a), "Rapporto medico paziente e tecniche di colloquio", in Kaplan H.J., Sadock B.J. (Eds.), *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Vol. 1 (pp. 1-15), Torino, Centro Scientifico Internazionale.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001b), "Esame clinico del paziente psichiatrico. Colloquio psichiatrico, anamnesi ed esame delle condizioni mentali. Esami di laboratorio in psichiatria. Esame obiettivo in psichiatria", in Kaplan H.J., Sadock B.J. (Eds.), *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Vol. 1 (pp. 240-274), Torino, Centro Scientifico Internazionale.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001c), "Psicologia e psichiatria: test psicometrici e neuropsicologici", in Kaplan H.J., Sadock B.J. (Eds.), *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Vol. 1 (pp. 193-205), Torino, Centro Scientifico Internazionale.
- Kemali D., Maj M., Katapano F., Lobraccio S., Magliano L. (1992), *ICD-10: sindromi e disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche* (Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1992), Milano, Masson.
- Kleber H.D. (1998), "Oppioidi. Disintossicazione", in Galanter M., Kleber H.D. (Eds.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 209-227), Milano, Masson.
- Kranzler H., Kadden R., Babor T., Tennen H., Rounsaville B. (1996), "Validity of the SCID in substance abuse patients", *Addiction*, 91, 6, 859-868.
- Krauss M. (2001), "Comorbidità psichiatrica e decorso della dipendenza: il valore predittivo della diagnosi psichiatrica", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 55-62), Milano, FrancoAngeli.
- Lehman A.F., Myers C.P., Corty E. (1989), "Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes", *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1019-1125.
- Lehman A.F., Myers C.P., Corty E. (2000), "Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes", *Psychiatric Services*, 51, 1119-1125.
- Lovaste R. (2005), "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, 14, 6-24.
- Lucchini A., Strepparola G. (2001), "Strumenti diagnostici indicati nell'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 281-329), Milano, FrancoAngeli.
- Manzato E., Cifelli G., Biasin C., Gianfilippi G., Lucchini A., D'Egidio P. (2003), "La valutazione del trattamento riabilitativo", in Manzato E. (Eds.), *La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico*. Vol. II. *Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, 182-201.
- Manzato E., Fea M. (2004), "Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto", *Mission*, 10, 3-19.
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., Daini L. (2001), "La doppia diagnosi. Generalità e principi di trattamento", in Maremmani I. (Eds.), *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze* (pp. 347-359), Pisa, Pacini.
- McLellan A.T., O'Brien C.P., Kron R. (1980a), "Matching substance abuse patients to appropriate treatment: a conceptual and methodological approach", *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 189-195.
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980b), "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McLellan A.T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., Pettinati H., Argeriou M. (1992), "The fifth edition of the Addiction Severity Index", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Mercer C.C., Mueser K.T., Drake R. (1998), "Organizational guidelines for dual disorders programs", *Psychiatric Quarterly*, 69, 3, 145-168.
- Milesi A., Clerici M. (2000), "Conclusioni. Il paziente in doppia diagnosi. Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale", in Clerici M., Sacchetti E. (Eds.), "Doppia diagnosi. Disturbi correlati a sostanze e comorbidità psichiatrica", *Noos*, 2, 179-185.
- Milesi A., Bertrando P., Peroni D., Clerici M. (2003), "Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da sostanze psicoattive in comorbidità psichiatrica", in Mosti A., Clerici M. (Eds.), *Lungo il confine. Tossicodipendenze e comorbidità* (pp. 60-74), Milano, FrancoAngeli.
- Movalli M. (2004a), "La valutazione interdisciplinare integrata dell'assunzione multipla", in Pinamonti H., Rossin R. (Eds.), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata* (pp. 101-114), Milano, FrancoAngeli.
- Movalli M. (2004b), "La costruzione interdisciplinare del percorso di presa in cura", in Pinamonti H., Rossin R. (Eds.), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata* (pp. 179-192), Milano, FrancoAngeli.
- Nava F. (2004), "La valutazione clinica nelle tossicodipendenze", in Nava F. (Eds.), *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze* (pp.151-176), Milano, FrancoAngeli.
- Othmer E., Othmer S.C. (1999a), "Prologo: cornice", in Othmer E., Othmer S.C., *L'intervista clinica con il DSM-IV* (1-11), Milano, Raffaello Cortina.
- Othmer E., Othmer S.C. (1999b), "Strategie per la relazione", in Othmer E., Othmer S.C., *L'intervista clinica con il DSM-IV* (13-44), Milano, Raffaello Cortina.
- Pancheri P. (2002a), "La Schizofrenia", in Pancheri P. (Eds.), *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze* (79-119), Firenze, Scientific Press.
- Pancheri P. (2002b), "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi", in Pancheri P. (Eds.), *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze* (1-47), Firenze, Scientific Press.
- Pantalon M. (2001a), "Valutazione del processo di trattamento e dei risultati", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 116-125), Milano, FrancoAngeli.
- Pantalon M. (2001b), "Autovalutazione ed auto-aiuto nel trattamento dell'abuso di sostanze", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 180-187), Milano, FrancoAngeli.
- Perry S., Cooper A.M., Michels R. (1987), "The psychodynamic formulation: its purpose, structure and clinical application", *American Journal of Psychiatry*, 144, 543-550.
- Pinamonti H. (2004), "L'assunzione multipla di sostanze", in Pinamonti H., Rossin R. (Eds.), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata* (pp. 101-114), Milano, FrancoAngeli.
- Rounsaville B.J., Dolinsky Z.S., Babor T.F., Meyer R.E. (1987), "Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics", *Archives General Psychiatry*, 44, 505-513.
- Rounsaville B.J., Kranzler H.R. (1989), *The DSM-III-R Diagnosis of Alcoholism, Psychiatric update*, Washington DC, American Psychiatric Press.
- Rounsaville B.J. (2001a), "L'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 153-157), Milano, FrancoAngeli.
- Rounsaville B.J. (2001b), "Diagnosi dei disturbi psichiatrici di Asse I nella tossicodipendenza", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze* (pp. 63-72), Milano, FrancoAngeli.

- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003), "Altri disturbi correlati a sostanze", in Sadock B.J., Sadock V.A. (Eds.), *Psichiatria Clinica* (pp. 82-103), Kaplan e Sadock's Pocket Handbook, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. (2000), "Assessment and Identification", in Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. (Eds.), *Male depression, alcoholism and violence* (pp. 8-23), London, Martin Dunitz Ltd.
- Schottenfeld R.S. (1998), "Valutazione del paziente", in Galanter M., Kleber H.D. (Eds.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 29-38), Milano, Masson.
- Schuckit M.A. (1989), "Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment", III edizione, New York, Plenum.
- Serpelloni G., Simeoni E. (2002a), "Quality management e principi per la valutazione applicata al sistema di erogazione dei Servizi per le Tossicodipendenze", in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (Eds.), *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze* (pp. 51-91), La Grafica, Verona.
- Serpelloni G., Simeoni E. (2002b), "La valutazione dell'outcome dei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (Eds.), *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze* (pp. 117-161), Verona, La Grafica.
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A. (1997), "Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes", *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235.
- Simpson D.D. (2003), "Come la comprensione del processo terapeutico contribuisce a migliorare gli esiti del trattamento", in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (Eds.), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza* (pp. 9-17), Verona, La Grafica.
- Sullivan J.M., Evans K. (1994), "Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent", *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 4, 369-378.
- Woody G.E., McLellan A.T., O'Brien C.P., Luborsky L. (1994), "Affrontare la comorbilità psichiatrica", *Basis*, 8, 43-55.

NOTIZIE IN BREVE

A Trieste, dal 21 al 27 maggio, Giornate della Salute Una settimana di discussione su Sanità e Salute nel territorio

La Segreteria Organizzativa, tramite la referente regionale di FeDerSerD Roberta Balestra, ci ha inviato la mission della interessante iniziativa, anche per il nostro settore.

L'incontro è dedicato in particolare alle Aziende Sanitarie Territoriali e si prefigge tra l'altro l'approfondimento attorno ai seguenti temi:

- Quali siano le più appropriate forme organizzative delle Aziende e delle loro Strutture Operative che, accanto ai ben noti obiettivi di efficienza rivalutino capacità progettuali, pratiche innovative, contributo alla crescita culturale dei professionisti, delle comunità e dei cittadini ed ottimali risultati per la popolazione. Per un concetto esteso di efficacia.
- Quali peculiarità del modus operandi dei professionisti che operano fuori dalle mura degli ospedali. Quale cultura del territorio e della "comunità". Per quale Welfare di Comunità.
- Quali siano le "buone pratiche" che ciascuna ASL intende proporre all'attenzione delle altre a partire dalle proprie esperienze nei distretti, nei dipartimenti, nelle cure primarie, nelle medicine specialistiche a centralità territoriale, nella residenzialità-domiciliarità, nell'area delle dipendenze, nella salute mentale, per la prevenzione, per la riabilitazione, ecc.
- Come si stiano sviluppando, come si dovrebbero sviluppare sistemi integrati sociosanitari e coordinate politiche di Welfare. Quali percorsi, metodiche, strategie finalizzate al "benessere".
- Quale sia il contributo possibile da parte delle ASL sui determinanti non sanitari della salute.
- Come si possano moltiplicare interscambi professionali, culturali, operativi tra aziende di diverse regioni contribuendo ad impedire che nascano 20 diversi sistemi sanitari. Per un federalismo solidale.
- Quale sia il contributo reale del no profit allo sviluppo di adeguate ed efficaci politiche sanitarie pubbliche.

Le Giornate della Salute si articoleranno in sessioni plenarie e in sessioni parallele tra loro sui vari temi e per ambiti disciplinari. Sono infinite le domande che un sistema sanitario deve porre a se stesso in termini generali e dentro la specificità delle diverse discipline. In termini generali, vale certo la pena di reinterrogarsi sui correttivi da introdurre al sistema aziendale per supe-

rare economicismi mantenendo l'obiettivo dell'efficienza, superare autarchie per sviluppare molto più ampiamente la propria efficacia.

1. Sulla questione dell'efficienza ci sono sempre più dubbi sulla progressiva rigidificazione di sistemi tariffari o di valorizzazione di singole prestazioni e per altro verso su stili verticistici di gestione aziendale.
2. Sulla questione dell'efficacia occorre certamente allargare l'orizzonte all'applicazione della L. 328/2000 ai temi dell'integrazione degli interventi tra più enti e più soggetti. Occorre leggere le opportunità effettive dei sistemi locali di Welfare integrati.
3. Occorre ridare valore ai determinanti non sanitari della salute.
4. Occorre rivisitare ciò che può sostenere responsabilità, etica, motivazione professionale degli operatori e occorre contrastare sicuramente ciò che può indebolire.
5. Occorre rivisitare ad oggi il lontano tema ospedale/territorio, per capire cosa può essere davvero oggi "territorio" e come si possa procedere molto più speditamente verso l'obiettivo di ricondurre l'ospedale alle funzioni peculiari proprie.

Sul piano "disciplinare", occorre riorganizzare le modellistiche organizzative dei distretti, dei dipartimenti di prevenzione, per la salute mentale, per le dipendenze, così come le forme evolutive di valorizzazione dei Medici di Medicina Generale. Ma, dalla pneumologia alla fisiatria, dall'oncologia alla cardiologia, dalla geriatria alla pediatria siamo ancora lontani da una assunzione piena di ruolo e funzione extraospedaliera per discipline che, mentre mostrano sempre più una centralità "territoriale" come pratica e come esigenza, mantengono tuttavia un'arcaica centralità ospedaliera. Le "Giornate della Salute", partendo dello specifico "sanità", vogliono aprire al campo più generale delle politiche per la salute integrando il contributo di altri attori indispensabili. Il convegno vuole dare enfasi a "pratiche" che indichino strade evolutive o innovative quando anche settoriali, minimali o locali. Vuole però individuare anche un orizzonte culturale entro il quale appare sempre più improcrastinabile orientarsi con grande chiarezza se si vuole partecipare a far evolvere un sistema sanitario come quello italiano, con i suoi tanti pregi e i suoi tanti difetti.

L'esperienza cocainomane. Psicologia e trattamento dello "stato di base" psicotico

G. Di Petta*, A. Caccia**, D. Cavuoto***, D. Della Porta***, A. Di Cintio***, E. Guerri***, C. Padricelli***, T. Pandolfi****, S. Patrone****, G. Trojano***, A. Valdevit***

Nella popolazione dei poliabusatori le maggiori criticità si stanno evidenziando rispetto all'inflazione e alla vischiosità dell'utilizzo di cocaina. Dai Ser.T. e dalle UOSM vengono inviati alla nostra U.O. di comorbilità psichiatrica utenti di varia estrazione socioeconomica e culturale, la cui domanda è di essere aiutati a capire cosa sta succedendo dentro la loro testa. Dall'uso saltuario di cocaina questi soggetti hanno sviluppato una dipendenza che non sanno spiegarsi. Sentono, inoltre, che qualcosa si sta incrinando nella loro esperienza della realtà, ma non sanno bene cosa. Hanno perso la motivazione, la concentrazione e l'iniziativa. Solo la cocaina ridà loro la spinta. Ma sentono che la cocaina peggiora anche il loro stato. Il nostro protocollo prevede la somministrazione, a tutti, del questionario dei sintomi-base (FBF). L'FBF consente di rilevare pervasive e disturbanti alterazioni dell'esperienza interna riassumibili, psicopatologicamente, come disturbi del pensiero, disturbi delle percezioni, perdita degli automatismi, incapacità a far fronte agli stimoli esterni ecc. Tali disturbi non si configurano in vere e proprie turbe ideative di tipo delirante o turbe dispercettive di tipo allucinatorio, se non nell'acuto dell'intossicazione cocainica, ma strutturano una situazione di base pre-psicotica, intra-psicotica o post-psicotica, che conferisce al modo di essere nel mondo del soggetto un carattere di sgradevole estraneità e anergia, anche negli intervalli liberi dall'uso della sostanza. È questo quello che spinge il soggetto a chiedere aiuto. In questi casi il nostro protocollo prevede l'utilizzo di *olanzapina* da 15 a 20 mg *pro die* e la presa in carico ambulatoriale o diurna. I risultati sono incoraggianti e favoriscono, oltre ad un recupero della normale fluidità vitale della persona, una drastica riduzione del *craving* per la cocaina. L'ipotesi è che in quasi tutti i soggetti la cocaina induca stati psicotici di tipo paranoide in acuto, associati a oscillazioni incontrollate del tono dell'umore e che, in molti casi, (soggetti vulnerabili?) lo stato paranoide non regredisca del tutto ma lasci una sequela di fenomeni iniziali e intermedi (cfr. sequenze di transizione di Klosterkoetter), che non configurano una vera e propria psicosi clinicamente evidente ma che, cionondimeno, sono associati a grave scadimento delle *performance* lavorative e relazionali. Tale condizione va trattata poiché, paradossalmente, costituisce la base del *craving* per la cocaina che, a circolo vizioso, finisce per aggravare la situazione fino al sopraggiungere, in alcuni casi, di una psicosi vera e propria. Per meglio comprendere la natura della transizione psicotica in atto, questo lavoro si propone di identificare *cluster* sintomatologici di base sostanza-

specifici (S-S), diversificati da *cluster* sintomatologici non sostanzialmente specifici (N-S). Si conclude con l'individuazione di un peculiare *stato di base* psicotico. Vengono formulate ipotesi psicopatologiche utili alla diagnosi, alla prognosi e al trattamento.

Introduzione

È noto l'incremento nel consumo di cocaina da parte della popolazione generale, con tassi di prevalenza che, nel nostro Paese, in alcune realtà toccano il 4%. Più che genericamente parlare di cocaina dovremmo parlare di "cocaina". La purezza della sostanza nelle preparazioni sul mercato varia moltissimo e variano le combinazioni della sostanza con altre sostanze d'abuso. La variabilità del prezzo spesso è un indicatore della relativa purezza della sostanza. Recentemente nel vasto e degradato *hinterland* a nord di Napoli, luogo dove insiste la nostra struttura, si è consolidato un nuovo stile di consumo tra i soggetti poliabusatori, quello della "coca cucinata", detta anche "bottiglietta" o, impropriamente, *crack*. Una quota notevole dell'incremento della cosiddetta microcriminalità è attribuibile alla diffusione epidemica di questo mix di sostanze assunte in questo modo peculiare¹. Data la inadeguatezza dei Ser.T., tradizional-

1. Si tratta di un insieme di residui impuri di cocaina, mista ad amfetamine ed oppiacei con altre imprecisate sostanze da taglio, venduto a soli quindici euro. Questo mix si mescola ad una pari quantità di bicarbonato di sodio, e, il tutto, sul fondo di una bottiglietta di vetro, si espone ad una fonte di calore fin quando precipita in una reazione solida. Si forma, così, dalle polveri mescolate e scaldate, una specie di pietra che viene estratta dalla bottiglia rovesciando la stessa. Poi si prende una bottiglia di plastica, tipo una mezza minerale, si getta via il tappo, si coibenta l'apertura con carta argentata di un pacchetto di sigarette, bucherellata come il filtro di un colino, e la si riempie per meno di metà di acqua. Questa imboccatura-filtro viene cosparsa di cenere di sigaretta, e la "pietra" vi viene deposta sopra. Quindi si pratica un foro nel collo della bottiglia e vi si introduce una cannucchia. Con l'accendino si accosta la fiamma alla "pietra" e contemporaneamente si tira avidamente con la cannucchia o si "pippa". Il vapore drogastico, liberato dalla "pietra", pettinato dal filtro e risucchiato dal tiraggio interno alla bottiglia, viene avidamente inalato e, attraverso il letto capillare polmonare, arriva al cuore e da qui al cervello. L'effetto micidiale, immediato e violento, viene descritto come una "capata", che vuol dire testata, "botta" in testa. L'esperienza è caratterizzata da una dilatazione del senso di sé, con destrutturazione della coscienza spaziotemporale, alterazioni motorie e purtroppo, da allucinazioni persecutorie. Il tutto, siccome è acutissimo, decade rapidamente, lasciando il soggetto in una condizione di insoddisfazione e di disagio. Dato il prezzo accessibile, e per recuperare la sensazione di "heigh", il ragazzo è portato a ripetere subito l'esperienza. Quindi a riandare dal *pusher*. Bisogna che trovi, però, immediatamente altri quindici euro e poi altri ancora. Allora, dopo aver esaurito i crediti di genitori, nonni, zii e amici, è costretto a mettere in atto una rapina, uno scippo o un furto. Ognuno, a questo punto, è un bersaglio possibile.

* Responsabile, Dirigente medico - Neuropsichiatria.

** Assistente Sociale.

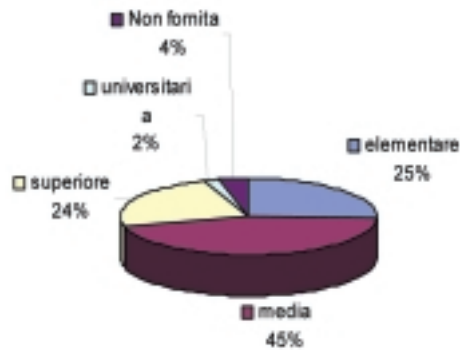
*** Psicologo volontario.

**** Educatore.

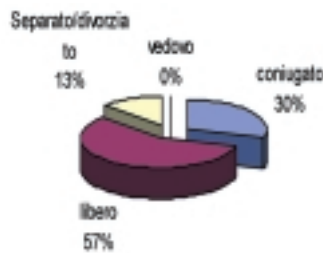
Area Dipendenze Patologiche ASL NA 3 (Coord. V. D'Auria) - U.O. Speciale Interdistrettuale di Comorbilità Psichiatrica - Centro Diurno "Giano".

mente attestati sulla soglia eroinopatia-metadone, a far fronte alle richieste di questa nuova tipologia di utenti, essi ricadono sull'ambulatorio della comorbidità psichiatrica. L'assessment psicopatologico viene completato, dopo il colloquio clinico con il questionario FBF per il rilevamento dei Sintomi Base (S-B). Lo studio che segue si propone, innovativamente, di discernere e di comprendere quali siano le alterazioni sostanza-specifiche e quali siano, invece, le alterazioni che si sono ormai strutturate anche al di fuori del consumo della sostanza.

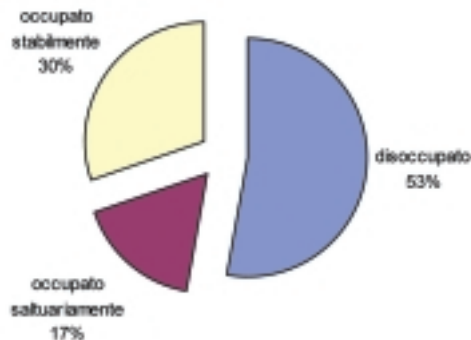
Tab. I - Scolarità



Tab. II - Stato civile



Tab. III - Stato occupazionale



Tab. IV - Professione



Il campione

Il campione è costituito da 55 soggetti pervenuti all'osservazione clinica alla U.O. Doppia Diagnosi-Centro Giano nell'arco di tempo compreso tra settembre 2004 e settembre 2005.

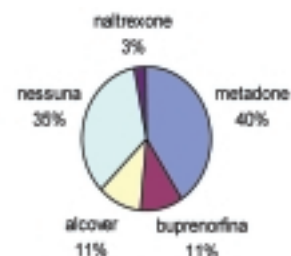
I 55 soggetti hanno un'età media di 31 anni (valori compresi tra i 22 e i 46 aa.); il 45% di essi ha conseguito il titolo di Licenza Media inferiore, il 25% ha ottenuto la Licenza Elementare, mentre il 24% il Diploma di Scuola Media Superiore (tab. I). La maggior parte dei soggetti è celibe (57%) e vive ancora in famiglia (tab. II). Al momento dell'accesso al Servizio il 53% risulta disoccupato, mentre il 17% è occupato saltuariamente e il 30% è occupato stabilmente (tab. III) Il 31% del campione svolge la professione di artigiano, il 25% è operaio e il 18% è impiegato (tab. IV). Tutti i soggetti sono poliabusatori, con uso prevalente di cocaina. Come è possibile osservare (tab. V-VI) circa la metà dei soggetti presi in esame, al momento della valutazione clinica, sono stati trattati con terapia sostitutiva (40% con metadone, 35% nessuna terapia) associata a trattamento farmacologico con neurolettici (54%), in special modo atipici (70%), e con antidepressivi (18%).

Materiali e metodi

Nello studio è stato utilizzato come strumento di indagine il Questionario dei Sintomi di Base, FBF (Huber, 1981; Sullwold, 1986). Il questionario è stato somministrato da psicologi debitamente formati durante il primo colloquio di valutazione clinica. L'FBF è un questionario di matrice fenomenologica che si compone di 98 *item* raggruppati in 10 dimensioni fenomeniche, ogni *item* prevede due alternative di risposta: SI-NO. Al soggetto è stato chiesto esplicitamente da parte dell'esaminatore, in caso di risposta affermativa, di specificare se quel sintomo fosse correlato all'uso o all'effetto della sostanza o se invece fosse indipendente dalla sostanza. Un soggetto può, in definitiva, ottenere un punteggio che va da un minimo di 0 ad un massimo di 98.

Complessivamente sono state analizzate 55 cartelle cliniche, quindi 55 Questionari FBF, per un totale di 5390 *item*, dei quali 2259 risultano essere con risposta affermativa; di questi 2259 *item* risultati affermativi, 384 sono stati contrassegnati dai soggetti in riferimento a esperienze vissute sotto effetto della cocaina; mentre i restanti 1875 non sono stati riferiti all'effetto diretto della sostanza. In definitiva, nello studio sono stati presi in considerazione tutti gli *item* contrassegnati con risposta affermativa (2259 *item*). Essi sono stati divisi in due categorie: una categoria costituita dagli *item* sostanza-specifici (384 *item* S-S), l'altra dagli *item* sostanza non-specifici (1875 *item* N-S). Gli *item* di entrambe le categorie (S-S, N-S) sono stati suddivisi in base agli insiemi fenomenici di appartenenza. È stata infine calcolata, per ogni insieme fenomenico, la frequenza e la percentuale degli *item* S-S e N-S (grafici I-II) e l'analisi della varianza tra i due gruppi di *item* per ognuno dei 10 insiemi fenomenici (tab. VIII).

Tab. V - Terapia sostitutiva



Tab. VI

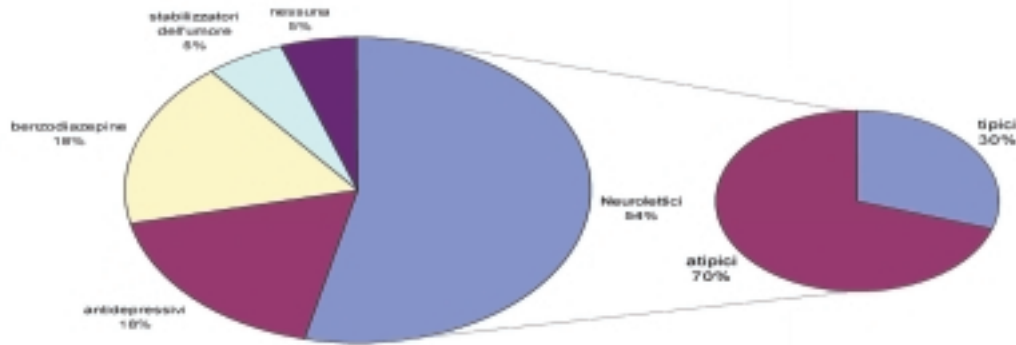


Grafico I - Distribuzione percentuale risposte

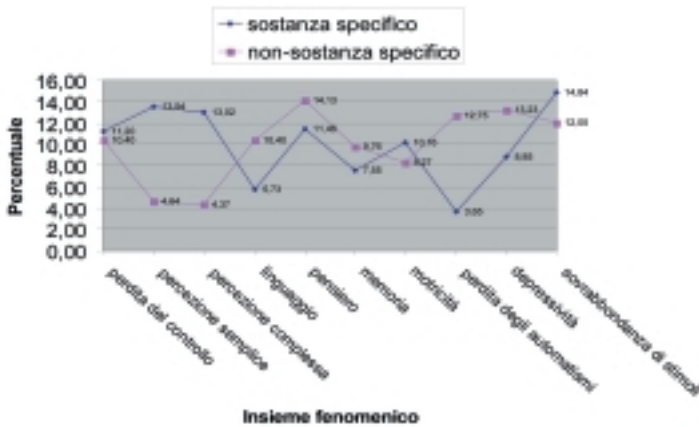
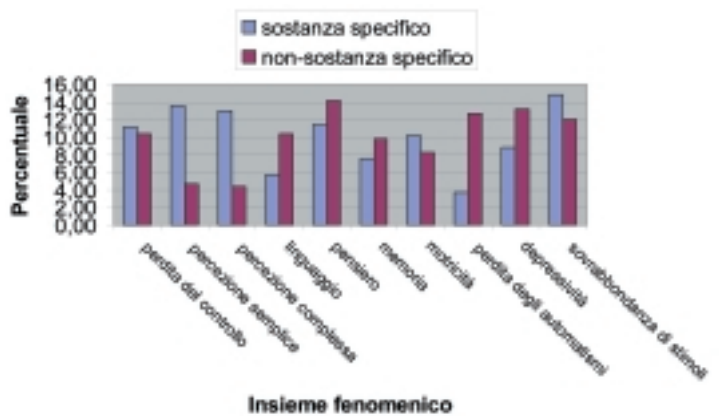


Grafico II - Distribuzione percentuale risposte



Risultati: i sintomi di base sostanza-specifici

L'analisi delle frequenze e della distribuzione percentuale degli *item* S-S e N-S ha messo in evidenza la presenza di una percentuale di *item* S-S negli insiemi fenomenici della percezione semplice (13, 54% S-S vs. 4,64% N-S) e complessa (13,02% S-S vs. 4,36% N-S) di circa nove punti percentuali superiori a quella degli *item* N-S. È stata evidenziata anche una percentuale superiore degli *item* S-S negli insiemi fenomenici della perdita del controllo (11,20% S-S vs. 10,40% N-S), della motricità (10,16% S-S vs. 6,27% N-S) e della sovrabbondanza di stimoli (14,84% S-S vs. 12,05% N-S).

Per quanto riguarda, invece, la percentuale relativa agli insiemi fenomenici del linguaggio, del pensiero, della memoria, ma soprattutto della perdita degli automatismi e della depressività risulta superiore per gli *item* N-S (v. grafici I-II).

Dall'analisi della varianza la percentuale relativa agli insiemi fenomenici della percezione semplice e complessa risulta significativamente sensibile all'uso della sostanza, mentre la percentuale relativa agli insiemi fenomenici della perdita del linguaggio, del pensiero e, in particolar modo, della perdita degli automatismi e della depressività sembra essere inversamente proporzio-

nale all'uso della sostanza, ovvero risulta presente maggiormente nei soggetti in fase di sospensione dell'uso di cocaina (tab. VIII).

Discussione: lo "scambio" psicotico

I risultati ottenuti attraverso il confronto tra i due gruppi di *item*, *Sostanza Specifici* e *Sostanza Non Specifici*, hanno messo in evidenza che nei soggetti che fanno abuso di cocaina c'è un'alta incidenza di disturbi della percezione semplice e complessa e una alta frequenza di disturbi legati alla perdita del controllo e alla percezione soggettiva di una sovrabbondanza di stimoli. Per quanto riguarda i disturbi della percezione sembra confermato che l'uso della cocaina predisponga i soggetti più vulnerabili allo sviluppo una sintomatologia psicotica. Le esperienze relative alla perdita del controllo e alla sovrabbondanza di stimoli vissuti da questi soggetti sono presumibilmente alla base dei disturbi del comportamento e alla instabilità dell'umore. Attraverso il colloquio clinico, infatti, nella maggior parte dei casi si osserva in questi soggetti irrequietezza, tono dell'umore esaltato e/o disforico associati ad impulsività, ipercinesia, tic, spasmi o discinesie.

Rispetto alla correlazione negativa tra uso di cocaina e disturbi del linguaggio, del pensiero e depressività c'è da dire che l'uso di sostanze esalta le prestazioni di queste tre dimensioni fenomeniche. Ed è, anche, per questo motivo che durante la fase di astinenza o la fase di disintossicazione da cocaina si manifesta in questi soggetti una forte sintomatologia depressiva, bradipsichismo, anedonia, abulia e soprattutto, in alcuni casi lo sviluppo di disturbi del pensiero, quindi, deliri di tipo paranoide che si innestano e

Tab. VIII

Insieme fenomenico	Perdita controllo	Perc. semplice	Perc. complessa	Ling.	Pens.	Mem.	Motr.	Perdita automat.	Depress.	Sovrabb. stimoli	Totale
Frequenza (sostanza specifici)	43	52	50	22	44	29	39	14	34	57	384
Frequenza (non-sostanza specifici)	195	87	82	195	265	183	155	239	248	226	1875
Percentuale (sostanza specifici)	11,20	13,54	13,02	5,73	11,46	7,55	10,16	3,65	8,85	14,84	100,00
Percentuale (non-sostanza specifici)	10,40	4,64	4,37	10,40	14,13	9,76	8,27	12,75	13,23	12,05	100,00
Variazione (Δ (sostanza specifici) - (non-sostanza specifici))	0,80	8,90	8,65	-4,67	-2,68	-2,21	1,89	-9,10	-4,37	2,79	0,00

si strutturano sul terreno dei disturbi della percezione semplice e complessa vissuti nella fase di abuso.

In definitiva l'abuso di cocaina se da una parte sembrerebbe coprire o trattenere l'esplosione di una sintomatologia depressiva o un episodio psicotico breve, dall'altra sembrerebbe essere per alcuni soggetti l'elemento slatentizzante o di innesco di una sintomatologia psicotica florida, di tipo francamente paranoideo.

Questo lavoro rappresenta un tentativo ulteriore di esplorare, da un punto di vista epistemologico, metodologico e conoscitivo l'incerto confine tra il concetto di psicosi indotta da sostanze (esogena) e quello di psicosi *naive* o endogena. Si è utilizzata pertanto la metafora dello *scambio* ferroviario per immaginare il passaggio o la transizione che in alcuni casi purtroppo si verifica tra queste due dimensioni cliniche. Le due traversine che costituiscono il binario di questo scambio sono rappresentate una dalla percezione e l'altra dal pensiero. Questo studio ha, in un certo senso, dissepolto una traccia, dimostrando che le sostanze agiscono molto sul versante percettivo, e meno su quello del pensiero e dell'umore. Tra i disturbi soggettivi riferiti dal paziente sotto influsso di sostanza (sintomi di base sostanza specifici) quelli a maggiore significatività sono, infatti, proprio i disturbi che afferiscono allo spettro della percezione. Questo significa che, finché ci si trova di fronte ad alterazioni di tipo percettivo in un soggetto che usa sostanze e cocaina in special modo, la diagnosi è prognosticamente favorevole, nel senso di una psicosi indotta o di un disturbo psicotico correlato a sostanze. Quando, invece, ci si trova di fronte ad un soggetto con disturbi del pensiero o dell'umore, allora si è cominciato a definire l'ambito di un disturbo psicotico vero e proprio, scollegato alla situazionalità del consumo di sostanza. Questi aspetti, se confermati da studi successivi, rappresentano un avanzamento importante di tipo qualitativo, poiché finora si utilizzava solo un criterio temporale *ex-post*, ovvero, se ad un mese di distanza dall'uso non regrediscono i sintomi allora è un disturbo psicotico endogeno.

È interessante notare come l'insieme fenomenico della scarsa tolleranza agli stimoli esterni (*sovrabbondanza degli stimoli*) rappresenta un ambito di confluenza tra lo spettro percettivo e quello ideativo. In effetti il fatto che il soggetto è più permeabile agli stimoli esterni e tende a mettere in atto reazioni di evitamento per ottenere un adattamento migliore (*coping*) al prezzo di un ritiro socio-relazionale, deprime per un danno di barriera, e cioè per una perdita dei confini dell'io. Inizia così, in altri termini, quell'invasione da parte della realtà esterna nel mondo interno del paziente che prelude all'elaborazione di un vissuto paranoide persecutorio, o all'ingresso di allucinazioni acustiche (le voci). Questo è il terreno dello "scambio", nel senso che su questa base si innescano quei *continuum* trasformativi, le cosiddette sequenze di transizione di Klosterkoetter che portano poi dai fenomeni di irritazione o di *deficit* iniziali ai fenomeni intermedi e quindi ai fenomeni finali francamente psicotici, caratterizzati da allucinazioni, deliri, alterazioni della cenestesi e perdita del contatto con la realtà.

Il trattamento

È noto che la cocaina agisce potenziando la trasmissione dopaminergica mesolimbica attraverso il blocco del *reuptake* della dopamina. Molti farmaci sono stati utilizzati finora per il trattamento dell'intossicazione, della dipendenza e dell'astinenza da cocaina, pur in mancanza di un protocollo comune. La linea concettuale era quella di ripristinare il patrimonio di catecolamine e quindi di dopamina depauperato dall'azione continua e massimale della cocaina. Pertanto sono stati impiegati farmaci dopamino-agonisti, come bromocriptina e amantadina, antidepressivi come gli SSRI o triciclici, anticonvulsivati o altri farmaci stimolanti, con risultati incerti o comunque poco incoraggianti. Questi trattamenti venivano combinati sulla base di un razionale neurobiologico, non clinico, nel senso che si intendeva andare a

ripristinare l'omeostasi delle monoamine cerebrali, ma non ci si domandava come stesse messo il paziente sul piano psicopatologico soggettivo. Il termine depressione utilizzato per caratterizzare la fase *down* post-cocainica è un termine generico e spesso contiene alterazioni dell'assetto percettivo, ideativo o dell'umore che travalicano la semplice e generica questione depressiva. Inoltre lo stato *disforico*, più che depressivo, che è tipico del cocainomane tra una dose ed un'altra, è una condizione che, a differenza di quella depressiva, è caratterizzato da irascibilità, discontrollo degli impulsi e *forte instabilità, incastonati spesso su un misconosciuto disturbo dell'umore di tipo bipolare o addirittura su uno stato misto. Su questa condizione non solo le sostanze stimolanti non agiscono ma esse possono addirittura indurre peggioramenti, continuando, mimeticamente o sostitutivamente, l'azione della cocaina. Ed è da questa condizione che scattano le ricadute. La novità dell'approccio proposto in questo lavoro è assicurare un trattamento immediato ai soggetti basando la diagnosi su elementi che, sebbene sub-clinici, sono dotati di una riscontrabile oggettività. Pur in assenza, infatti, di sintomi produttivi conclamati o di un disturbo dell'umore evidente, sulla base delle dimensioni fenomeniche disturbate alla ricognizione con l'FBF ai pazienti vengono prescritti neurolettici atipici e, prevalentemente olanzapina, in un dosaggio compreso dai 15 ai 20 mg pro/die. L'olanzapina presenta alcune caratteristiche peculiari che ne fanno un presidio particolarmente adatto in queste situazioni, proprio per la sua capacità di modulare sia lo spettro schizofrenico che lo spettro dei disturbi dell'umore. Intanto non sono segnalate in letteratura e né si evidenziano nella pratica clinica interazioni farmacocinetiche tra olanzapina e metadone o buprenorfina, nei casi in cui questi soggetti siano già in trattamento con sostitutivi oppiacei. Questa evenienza non è da trascurare quando si somministra un neurolettico ad un paziente in trattamento sostitutivo, poiché potrebbe sopravvenire un'astinenza, se i livelli plasmatici di farmaco sostitutivo diminuissero. Un altro aspetto considerevole è la più debole (o fluttuante) azione dell'olanzapina sui recettori D2 dell' *accumbens*. Il blocco di questi recettori, ottenuto con i neurolettici tipici, mette il paziente in una condizione anedonica che motiva e sostiene la ricaduta. Mentre l'azione dell'olanzapina sui D1 e sui D4 potrebbe bloccare la risposta condizionata alla cocaina, ovvero il rinforzo positivo, per cui, quando la sostanza viene somministrata, l'assunzione di cocaina non viene vissuta più dal soggetto con la solita intensità (Meil, 1997). Questo contribuisce a spezzare il rinforzo positivo e il condizionamento operante che si instaura con l'uso duraturo della sostanza. Questo dato è riscontrabile nella pratica clinica, dove il paziente cocainomane tende a ripetere l'uso della sostanza anche dopo aver iniziato il trattamento con l'olanzapina e non ne subisce più l'effetto desiderato, quindi si spezza la catena del rinforzo positivo. Al tempo stesso il paziente non sperimenta l'angosciosa sensazione dell'astinenza. L'azione combinata dell'olanzapina *sull'umore*, sulle percezioni e sull'ideazione mette, inoltre, il paziente in una condizione di uscita dallo stato disforico che motiva e sostiene la ricaduta.*

I risultati di questo lavoro, in corso di valutazione, depongono per una favorevole risposta, per lo meno su quattro livelli:

1. riduzione del *craving* per la sostanza, il cui uso passa da pluri-quotidiano a settimanale, poi quindicinale e poi a scomparsa;
2. controllo-gestione della sindrome di astinenza;
3. attenuazione-reversibilità dei disturbi soggettivamente provati e oggettivati dalla ricognizione con l'FBF;
4. incremento della *compliance* al trattamento di riabilitazione psicosociale;
5. riduzione dei costi socio-sanitari;
6. prevenzione e controllo sulla manifestazione di disturbi sia di spettro schizofrenico *che bipolare*.

Questo conduce ad un miglioramento complessivo con reintegro sociale e lavorativo.

Al momento questo trattamento sembra essere preferibile alla tradizionale combinatoria di farmaci antidepressivi o dopamino-agonisti, i quali, per altro, pur agendo sul *down* provocato dalla cessazione della sostanza, non agivano sulla condizione *psicotico-basale* del paziente, portandolo, poi, fatalmente a ricadere nell'uso della sostanza, con peggioramento sintomatologico.

Conclusioni e prospettive

L'utilizzo di un questionario semplice, pratico e orientato a rilevare la sintomatologia soggettiva e sottosoglia del paziente, come l'FBF, ci sta consentendo di fornire una risposta più organizzata e adeguata alle richieste di pazienti sempre più giovani e problematici. Il trattamento precoce con neurolettici atipici e in particolare con *olanzapina* a dosaggi compresi tra i 15 e i 20 mg *pro-die*, consente, oltre che di ridurre o di stoppare l'uso di cocaina controllando abbastanza bene la sindrome astinenziale, di frenare la transizione psicotica effettuando un'efficace prevenzione nei confronti di situazioni destinate al peggioramento clinico e all'evoluzione psicopatologica fortemente orientata alla psicosi, *bipolare* o schizofrenica, con notevole risparmio in termini di costi sociosanitari e di salvare abilità psicosociali, la cui destrutturazione richiederebbe successivamente un notevole dispiegamento di mezzi e risultati incerti. Non si sono verificate né sono state segnalate in letteratura interazioni farmacocinetiche di rilievo tra olanzapina e oppioidi sostitutivi come metadone o buprenorfina. Sarebbe auspicabile che questo strumento venisse utilizzato su larga scala a completamento dell'*assessment* in questo tipo di pazienti. Lo stato di base psicotico non rilevato e non trattato può, a sua volta, sostenere in un apparentemente contraddittorio circolo vizioso, l'assunzione di cocaina con un conseguente peggioramento della sintomatologia. Di fatto la sintomatologia

dello stato di base è fundamentalmente negativa e come tale può sostenere la ricaduta come tentativo di stimolazione. In questo senso l'olanzapina migliorando il quadro negativo spezza la strada alla ricaduta, oltre che funzionare, *ex adjuvantibus*, come efficace contenitore dell'esplosione sempre più probabile, in questi pazienti, di un disturbo di spettro schizofrenico o bipolare. Da sottolineare, inoltre, l'azione prognosticamente favorevole *quoad vitam* di un trattamento precoce, visti gli incrementi di morte per complicanze dovute ad *overdose* di cocaina negli ultimi anni, e la facilitazione dell'immissione in programmi psicoterapeutico-riabilitativi, residenziali o semiresidenziali, di questa categoria di pazienti notoriamente *sui generis* e poco complianti.

Bibliografia

- Bano M.D. *et al.*, "Olanzapine efficacy in the treatment of cocaina abuse in metadone maintenance patients. Interaction with plasma levels", *Actas Esp. Psiquiatr.*, 29(4), 215-220, Jul-Aug 2001.
- Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M., *Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)*, ed. it. a cura di C. Maggini e R. Dalle Luche, ETS, Pisa, 1992.
- Huber G. (1981), *Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte*, Schattauer, Stuttgart, New York.
- Longo-Lance P., "Olanzapine for cocaina craving and relapse prevention in two patients", *J. Clin. Psychiatry*, 63(7), 595-6, Jul 2002.
- Meil W.M., Schechter M.D., "Olanzapine attenuates the reinforcing effects of cocaine", *Eur. J. Pharmacol.*, 340(1), 215-220, 1997.
- Sattar S. Pirzada, Bhatia Subhash C., "Olanzapine for cocaina cravings and relapse prevention", *J. Clin. Psychiatry*, 64(8), 969, Jul 2002.
- Stanghellini G. *et al.*, *FBF. Questionario dei Sintomi-Base. Manuale*, OS, Firenze, 1991.
- Süllwold L. (1986), *Basisstörungen: Instabilität von Hirnfunktionen, in Bewältigung der Schizophrenie*, a cura di W. Böker e H.D. Brenner, Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.

Appendice

Principali item Sostanza Specifici

53	Sovrabbondanza di stimoli	Un qualsiasi rumore normale improvvisamente può sembrarmi troppo forte.
74	Perdita del controllo	Talvolta mi vengo a trovare in condizioni curiose che mi sembrano strane e mi fanno paura.
10	Sovrabbondanza di stimoli	Piccoli rumori molto normali a cui prima non facevo attenzione ora mi distraggono eccessivamente.
19	Percezione semplice	Talvolta le cose sembravano come deformate e piegate.
21	Sovrabbondanza di stimoli	Spesso non riesco a distinguere bene i rumori e sento tutto come se fosse mescolato.
92	Percezione semplice	Mi vedevo così strano nello specchio che mi sono spaventato.
12	Pensiero	I miei propri pensieri possono improvvisamente farmi paura.
3	Sovrabbondanza di stimoli	Qualche volta tutto passa da vantì a me come in un film, come se i miei occhi non potessero più fissare nulla.
50	Percezione complessa	Mi è sembrato che, sulla strada o nella stanza, le pareti o gli oggetti si avvicinasero.
59	Motricità	L'espressione della mia faccia spesso riesce diversa da come vorrei.
96	Perdita del controllo	Mi accorgo spesso che mi comporto diversamente da come vorrei: non lo posso più decidere a sufficienza.
22	Perdita del controllo	Non ho più sufficiente padronanza di quello che dico o faccio.
23	Percezione complessa	Talvolta ho la sensazione che il terreno sul quale cammino si alzi o si pieghi.
25	Percezione semplice	Talvolta percepisco i suoni diversamente dall'abituale.
28	Depressività	Non ho più un buon appetito.
41	Depressività	Non dormo più bene come prima.
67	Percezione semplice	Talvolta vedo tutto come sfocato senza che abbia le vertigini.
76	Percezione complessa	Talvolta vedo qualcosa e per un attimo non sono sicuro se me lo immagino soltanto.
14	Percezione complessa	È già successo che le facce delle persone mi siano sembrate strane e come deformi e distorte.
26	Percezione complessa	Non percepisco più in modo sufficientemente chiaro e nitido quello che mi sta intorno.

Principali items Non-Sostanza Specifici

57	Perdita degli automatismi	Quando tutto va regolarmente nel modo abituale me la cavo meglio.
2	Pensiero	Mi confonde il fatto che molti pensieri siano contemporaneamente nella mia testa.
41	Depressività	Non dormi più bene come prima.
7	Perdita del controllo	Talvolta non posso reagire e devo semplicemente aspettare che passi.
17	Perdita degli automatismi	Anche durante certe attività abituali inspiegabilmente non sono sicuro di fare tutto correttamente.
36	Pensiero	La mia concentrazione peggiora progressivamente perché i miei pensieri si rincorrono disordinatamente senza che io possa farci nulla.
61	Sovrabbondanza di stimoli	Spesso mi disturba troppo quando ci si affaccenda e si parla intorno a me, e mi devo ritirare per ritrovare il mio equilibrio.
96	Perdita del controllo	Mi accorgo spesso che mi comporto diversamente da come vorrei: non lo posso più decidere a sufficienza.
12	Pensiero	I miei propri pensieri possono improvvisamente farmi paura.
13	Pensiero	Mentre penso spesso mi distraggono idee non pertinenti.
16	Depressività	Non posso più provare vero divertimento.
89	Sovrabbondanza di stimoli	Tutto ha un effetto troppo forte su di me, non mi posso più schermare, difendere a sufficienza.
58	Sovrabbondanza di stimoli	Sono eccessivamente sveglio: presto attenzione a tutto quello che succede anche se non lo vorrei affatto.
65	Sovrabbondanza di stimoli	Quando parlo con qualcuno niente mi deve distrarre altrimenti non riesco a seguire la conversazione.
98	Depressività	Temo che la mia concentrazione diminuisca sempre più.
1	Depressività	Ho paura che la mia capacità di pensiero diminuisca sempre di più.
55	Depressività	Ho paura di quasi tutto quello che devo affrontare quotidianamente.
56	Perdita degli automatismi	Tutte le cose inconsuete mi rendono irrequieto senza che possa indicarne una causa.
35	Pensiero	Mi costa continuamente fatica ordinare i pensieri.
5	Motricità	Spesso non riesco a parlare molto bene, anche se ho in testa le parole che voglio dire.

Etica e deontologia per le buone prassi nel trattamento dell'addiction e dell'abuso di sostanze

Maurizio Fea, Sandra Basti, Elisabetta Dodi

C'è etica quindi perché c'è comunità e l'etica coincide con le modalità con cui la comunità viene vissuta ed abitata.
(Salvatore Natoli)

Come mai l'etica?

La scelta di riunire la comunità di professionisti del Dipartimento Dipendenze della ASL Provincia di Milano 2 (direttore: Alfio Lucchini) a discutere di etica, ha confermato che i temi etici, spesso elusi o subordinati ad altre priorità, costituiscono invece la trama, il tessuto connettivo dell'attività clinica e di prevenzione svolta dai professionisti del settore. Dieci o quindici anni fa questa iniziativa avrebbe incontrato meno interesse e le risposte alle stesse domande sarebbero state diverse. Che cosa è cambiato dunque nel modo dei professionisti di rappresentarsi i problemi? O sono cambiati i problemi?

Il tema della recidiva nonostante la migliore appropriatezza dei trattamenti appare ancora irrisolto, mentre le neuroscienze e la psicopatologia si sono affermate come chiave di interpretazione indispensabile dei fenomeni di addiction, marginalizzando le visioni moralistiche ancora molto presenti negli anni novanta. Tuttavia proprio l'aver dismesso i panni da moralista per assumere quelli dell'uomo di scienza ha reso obbligati gli interrogativi etici. I nuovi paradigmi interpretativi pur essendo indubbiamente efficaci non fondano alcun valore morale, ma se sono correttamente utilizzati suscitano domande di senso le cui risposte vanno ricercate nei domini del sapere etico, filosofico, antropologico.

Il valore ed il senso di questo percorso formativo intorno all'etica, oltre che nel prodotto che viene messo a disposizione di quanti coltivano questo tipo di interesse, risiede nel fatto di aver consentito ai membri di una "comunità curante" la possibilità di prendersi cura non solo dei pazienti, ma anche di se stessa. Forse non era nelle premesse o nelle attese degli stessi partecipanti, come tutti più adusi a pensare la formazione come un fatto eteronomo piuttosto che un processo di confronto tra conoscenze personali ed i modi con cui ciascuno costruisce la propria esperienza del conoscere.

Discutere di etica inevitabilmente fa affiorare tutti quei sedimenti stratificati, quell'impasto di conoscenze, esperienze, stili di relazione, modi di intendere il proprio ruolo, di assumere il compito, che informano il lavoro clinico attraverso vie e canali a volte poco consapevoli e padroneggiate.

Leggere le numerose questioni del fare clinico con occhiali etici ha creato anche un po' di disorientamento e confusione tra ciò che appartiene con certezza al dominio etico e ciò che invece attiene di più al sapere e al fare professionale, sia clinico che organizzativo. Ne è testimone il prodotto di questo lavoro, che porta evidenti le tracce di queste incertezze, in questo ambito di frontiera tra discipline, permeabile alle contaminazioni.

Formatori.

Se una coerenza va ricercata, essa è da rintracciare nella tensione morale di fare bene il lavoro, di rendersi responsabili e trasparenti nei confronti dei colleghi, dei pazienti e di chiedere altrettanta responsabilità e trasparenza ai decisori: è apparso forte il bisogno di individuare e condividere le regole con le quali abitare al meglio la comunità, sentita sia come comunità scientifica che sanante e politica. Aver riconosciuto il forte valore etico di questo bisogno è anche una conquista epistemica. Offre modi nuovi e diversi di intendere e comprendere le criticità professionali, i problemi organizzativi, le conflittualità sociopolitiche che rimangono comunque tutte questioni da affrontare con le competenze e gli strumenti tipici del sapere professionale, organizzativo e politico. Tuttavia non è affatto indifferente alla composizione valoriale della missione, l'assumere il modello della devianza e/o il modello della sofferenza (il corpo sociale o il corpo individuale malato o da salvare) come teoria interpretativa che guida le azioni e il fare clinico e preventivo.

Né è irrilevante assumere come diritto soggettivo alla libertà di scelta, il fatto di assumere sostanze psicotrope, piuttosto che considerare le contingenze ed i vincoli che da tale scelta derivano e ne condizionano gli sviluppi comportamentali. È evidente che per cercare di rispondere a queste domande non è sufficiente il ricorso alle evidenze documentate, né ci può soccorrere il solo metodo scientifico. Se le definizioni di tipo medico ed i suoi correlati esplicativi presuppongono la costruzione di un paradigma, le definizioni antropologiche ed etiche presuppongono criteri di rilevanza di senso che sono frutto di percorsi e traiettorie multicentriche in cui gli elementi simbolici, biografici, culturali risultano predominanti rispetto alle considerazioni e alle procedure di tipo biologico o scientifico, e lo sguardo etico consente di illuminare il sapere scientifico con dei riferimenti morali che ne giustificano l'applicazione. Fare bene il proprio mestiere e impegnarsi affinché altri lo possano fare bene diventano un compito etico e non solo un obbligo professionale verso chi può trarre beneficio dal nostro lavoro. Sul modo di fare bene ci può essere differenza, ma essa viene temperata nello sforzo di assumere consensualmente i riferimenti dei principi di equità, giustizia, beneficio, utilità, appropriatezza e di ricercare al loro interno i criteri per costruire regole. Questi principi costituiscono la grammatica fondamentale della possibilità di capirsi eticamente e vanno declinati in una specificazione tipica nel dominio delle dipendenze.

Il nodo centrale è e rimane quello del governo dei desideri, delle emozioni e delle pulsioni. Nel rapporto tra desiderio e piacere, tra obbligazione e libertà, si situa il paradosso dell'addiction come patologia della volontà, intesa come "continuo a fare quella cosa anche se non mi dà più alcun piacere", quindi non

debolezza morale come alcuni sostengono, o incapacità di auto-determinazione, ma frattura tra desiderio e piacere, tra pulsioni motivazionali e capacità di appagamento e quindi in ultima analisi tra autodeterminazione e vincolo.

È dunque sul piano del rapporto tra questi due aspetti, desiderio e piacere, che si struttura la relazione di reciprocità nel contesto terapeutico, e che ne definisce anche gli ambiti di autonomia e responsabilità, proponendoci il senso della cura come il processo di ripristino della capacità di desiderare e di riconoscere gli ambiti di libertà e discrezionalità istituiti nella rete di relazioni significative, che sono stati corrotti e compromessi dal vincolo anche biologico con le sostanze.

Il vocabolario

Sette giornate di formazione e discussione hanno prodotto riflessioni, interrogativi, indicazioni e suggerimenti, condensati in questa specie di vocabolario etico, che lungi dal voler essere un codice prescrittivo, si presenta come un erratico vagabondare intorno alle pratiche del fare clinico quotidiano, guidato dalla curiosità e dall'interesse a capire come viene vissuta la comunità professionale, in quale rapporto si pone con i pazienti, come si regola nel prendere decisioni, quali presupposti etici ma non solo emergono dal confronto tra professionisti e tra professionisti e i loro clienti.

Ci si è interrogati su come si sviluppa il pensiero etico dal punto di vista psicologico e sociale, su quali sono le operazioni mentali implicate nel ragionamento etico: la ricerca di equilibrio, la gestione del conflitto di interesse, il processo di condivisione, l'assunzione di responsabilità, il processo decisionale, il pensiero riflessivo sull'azione, l'individuazione di criteri per costruire regole, la disponibilità al cambiamento, la costruzione di credenze.

Professionalità diverse, quindi formazioni, esperienze, culture, storie ciascuna portatrice di modelli, idee, teorie e prassi che a volte fanno fatica a coesistere, ma coevolvono nella fatica di identificare linguaggi e modelli condivisi, cercando di salvaguardare specificità e vocazione professionale.

È testimonianza di ciò il prodotto che presentiamo, un vocabolario imperfetto ed incompleto, ma tuttavia ricco di domande e di risposte che si è cercato di collocare in uno scenario di senso il cui orizzonte è fornito dalle parole chiave frutto del confronto e della discussione, leggibili con tre coordinate di contesto.

- **Dimensione professionale individuale**
- **Dimensione professionale collettiva**
- **Dimensione organizzativa gestionale**

Le tre dimensioni sono progressivamente emerse durante i lavori di gruppo che hanno caratterizzato il confronto sui temi etici, attraverso un processo di focalizzazione degli ambiti dove più frequentemente si evidenziano le criticità.

Sappiamo come le modalità di abitare le nostre comunità professionali non siano solo frutto di nostri desideri e decisioni, ma vengano profondamente influenzate e condizionate da fattori organizzativi e da contingenze sociopolitiche. Perciò la terza coordinata è entrata a far parte dei criteri di lettura del vocabolario.

Come per tutti i vocabolari, l'ordine di presentazione delle parole è quello alfabetico, così ogni lettore può inventarsi il proprio ordine di priorità a partire della propria sensibilità e dalle sue esperienze.

Questo piccolo vocabolario elenca una serie di criticità e fornisce orizzonti di risposta plausibili che non risolvono l'interrogazione, ma ne specificano gli ambiti, suggerendo alcune coordinate per continuare il lavoro.

"I mercanti di sette nazioni convengono a ogni solstizio ed equinozio. Non solo a vendere e a comprare si viene a Eufemia, ma anche perché la notte accanto ai fuochi tutto intorno al mercato, seduti sui sacchi o sui barili o sdraiati su mucchi di tappeti, a ogni parola che uno dice - come 'lupo' 'sorella' 'tesoro nascosto' 'battaglia' 'scabbia' 'amanti', gli altri raccontano la loro storia di lupi, di sorelle, di tesori, di scabbia, di amanti, di battaglie.

E tu sai che nel lungo viaggio che ti attende, quando per restare sveglio al dondolio del cammello o della giunca ci si mette a ripensare tutti i propri ricordi a uno a uno, il tuo lupo sarà diventato un altro lupo, tua sorella una sorella diversa, la tua battaglia altre battaglie, al ritorno da Eufemia, la città in cui ci si scambia la memoria a ogni solstizio e a ogni equinozio".

Calvino, *Le città invisibili*

Alcune delle sessioni previste:

a l l e a n z a
a s c o l t o
a u t o n o m i a
b i s o g n o
c a m b i a m e n t o
c o n s e n s o
c o n t r a t t o
d i m e n s i o n e e d u c a t i v a
d i p e n d e n z a
e q u i t à
f l e s s i b i l i t à
p o t e r e
r i s o r s e
r i s p e t t o

a l l e a n z a

dimensione
professionale

Aree di criticità

Abbiamo considerato il caso di un soggetto caratterizzato da deterioramento cognitivo dovuto al consumo di sostanze, nel quale la richiesta di aiuto non appare consapevole.

Aree di significato

Formulare un progetto che tenga conto di tale deterioramento ponendo attenzione alle risorse residue, utilizzando strumenti come la capacità di ascolto, il rispetto dello svantaggio, con l'integrazione nel progetto delle risorse familiari, qualora esistenti.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

In una situazione di conflitto tra paziente e operatore, dove il paziente richiede che l'operatore comunque continui a occuparsi di lui, il Responsabile decide di togliere il caso all'operatore provocando l'allontanamento del paziente dal Servizio.

Aree di significato

Discussione in équipe del quesito etico e di quali soluzioni/ipotesi di lavoro si possono proporre al paziente.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

"La legge mette gli operatori nelle condizioni di tradire l'alleanza terapeutica".

Aree di significato

Costruire l'assetto organizzativo dei Servizi in rete, tenendo conto degli aspetti etici e delle eventuali contraddizioni di tipo giuridico-legislativo.

ascolto

dimensione
professionale

Aree di criticità

Agire secondo pregiudizi ed automatismi, copioni prestabiliti. Rischio di essere molto coinvolti; mancanza di empatia. Difficoltà a garantire la riservatezza delle informazioni. Difficoltà ad agganciare il paziente creando una relazione terapeutica stabile e significativa.

Aree di significato

L'operatore dovrebbe mettersi in atteggiamento di ascolto empatico e partecipato evitando un coinvolgimento sia troppo eccessivo sia troppo distaccato. Instaurare una relazione terapeutica che valorizzi la dimensione educativa.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Pregiudizio rispetto alle diverse professionalità.

Aree di significato

Cogliere la diversità come ricchezza, risorsa e non come vincolo o limite. È necessario garantire il diritto/dovere all'informazione.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Vincoli istituzionali rispetto all'intervento terapeutico.

Aree di significato

Saper rimandare in maniera costruttiva i bisogni complessivi necessari ad un corretto funzionamento del Servizio.

autonomia

dimensione
professionale

Aree di criticità

I soggetti che presentano capacità decisionali molto limitate rendono problematica la costruzione di un percorso di autonomia. D'altra parte, anche il mancato riconoscimento o una pretesa eccessiva di capacità di autonomia da parte dell'operatore possono inficiare questo processo.

Aree di significato

Si suggerisce di aumentare gli spazi di ascolto, di condividere esplicitamente il progetto di autonomia col paziente e di utilizzare costantemente l'équipe e spazi di supervisione per focalizzare il più possibile limiti e risorse di chi porta la domanda.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Sottostante il lavoro d'équipe nelle tossicodipendenze esiste spesso un implicito di "cronicità": l'attenzione è quindi data prevalentemente alla diagnosi e si investe scarsamente su un progetto di dimissione, quasi come non vi fosse sufficiente fantasia per "immaginare" la dimissione.

Aree di significato

L'équipe dovrebbe articolare il progetto terapeutico-riabilitativo prevedendo obiettivi a medio e lungo termine che dovranno tenere conto dei tempi della cura e prevedere-proporre una dimissione.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

La scarsa attenzione agli aspetti logistici caratterizza alcuni dei servizi in cui operiamo. L'autonomia dei servizi non è garantita dalla povertà di risorse.

L'istituzione inoltre, tende a perpetrare nei confronti del paziente-utente una relazione di dipendenza.

Aree di significato

I servizi devono essere accessibili con caratteristiche logistiche rispetto della dignità delle persone. Ai singoli operatori e alle équipe va garantita l'autonomia di decisione, naturalmente, nel rispetto del mandato. L'idea della "cronicità" di cui sopra deve essere costantemente monitorata con accesso dell'utenza a momenti di programmazione e coordinamento a livello territoriale.

bisogno

dimensione
professionale

Aree di criticità

Scarsa consapevolezza dei propri bisogni, difficoltà a riconoscerli (da parte del paziente). Non saper individuare le priorità rispetto ai propri bisogni.

Aree di significato

È necessario saper riconoscere e leggere i bisogni del paziente, saper individuare le priorità; introdurre la dimensione della consapevolezza dei bisogni del paziente attivandolo ad un'auto-riflessione nel rispetto della sua identità e dignità.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

La difficoltà a condividere un modello unico rispetto al concetto di dipendenza con la conseguente difficoltà a condividere un modello di intervento integrato. Chi decide il bisogno urgente? In che modo intervenire?

Aree di significato

È necessario condividere un progetto integrato che risponda ai bisogni del paziente e che contemperi gli aspetti psicosociali e professionali di tutti i membri dell'équipe.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Bisogni diversificati: operatori - utenti - contesti istituzionali (limiti di risorse-di budget, ecc.).

Aree di significato

È importante che i principi guida siano esplicitati e chiari e fornire gli strumenti e risorse (economiche e di personale).

cambiamento

dimensione
professionale

Aree di criticità

Esiste un problema di "valutazione" del cambiamento ed occorre concordare degli indicatori misurabili. Bisogna considerare la significativa differenza fra cambiamento scelto e imposto nella formulazione dei programmi terapeutici.

Aree di significato

Utile e necessario dotarsi di strumenti ed indicatori di valutazione delle situazioni osservate. Gli obiettivi dei progetti andrebbero concordati con gli interessati ed eventualmente corretti nelle verifiche congiunte.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

A volte risulta difficile focalizzare obiettivi di cambiamento condivisi in équipe, per le differenti competenze professionali e i condizionamenti di cui ciascun operatore è portatore.

Nelle verifiche "in itinere" spesso si ridiscute l'intero progetto e si ridefiniscono anche gli obiettivi.

Aree di significato

Occorre costruire insieme progetti ed obiettivi di cambiamento il più possibile condivisi.

Un atteggiamento di "flessibilità" nelle verifiche consente di realizzare i cambiamenti possibili.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Occorre trovare indicatori di efficacia del modello organizzativo che sostenga il cambiamento.

Aree di significato

Va sostenuta la disponibilità al cambiamento (e la necessità) del modello organizzativo quando se ne riconosca un'inefficacia parziale o totale.

consenso

dimensione
professionale

Aree di criticità

Agire secondo il proprio pregiudizio (anche professionale) e potere.

Aree di significati

Ricerca il consenso attraverso l'ascolto attivo dell'altro, come base per offrire la possibilità di ampliare gli orizzonti dell'interlocutore in modo tale da permettergli di operare delle scelte più consapevoli verso il cambiamento.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Scarso ascolto della professionalità dei colleghi e poca condivisione degli strumenti di ciascuna professione nella gestione dei casi.

Aree di significati

Condivisione con i colleghi dell'équipe dei propri strumenti professionali per orientare il lavoro comune, sul singolo caso. Questa condivisione dev'essere considerata come un valore culturale che tutta l'équipe ha a cuore.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Abbiamo stralciato la seguente frase: "non ho ben capito cosa è l'etica ma spero che qualche fulmine mi illumini".

Aree di significati

Non aspettare che arrivi il "fulmine" e illumini le menti degli operatori, quindi non affidarsi al caso in ambito etico, ma dotarsi di strumenti e spazi opportuni per condividere la professione e la professionalità di ciascuno per raggiungere obiettivi etici comuni.

dimensione educativa

dimensione
professionale

Aree di criticità

I criteri di scelta sono spesso legati ai saperi delle singole professioni e la condivisione non è mai data per scontata: è quindi necessaria e doverosa la contrattazione dei criteri per la cura del paziente. Inoltre, è necessaria la consapevolezza del maggior potere dell'operatore verso l'altro e ottenere consapevolmente il senso del limite.

Aree di significati

Condivisione e contrattazione dei criteri di cura. Individualizzazione dei trattamenti.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Aspetto critico è la contrattazione e la condivisione dei singoli interventi, aspetti professionali con gli altri operatori coinvolti avendo coerentemente presente il progetto complessivo.

Deve essere sempre valutata la congruità della richiesta del paziente. Definire la mission del servizio e averla presente durante le fasi operative dell'intervento.

Aree di significati

Contrattare e condividere gli interventi con gli altri operatori dell'équipe. Valutare in équipe la congruità della richiesta del paziente. Definire la mission del servizio e averla presente durante le fasi operative dell'intervento.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Occorre discutere e decidere fattibilità, appropriatezza e applicabilità della cura.

I dirigenti devono creare e favorire la cornice per poter intervenire con un progetto educativo.

Aree di significati

Prevedere momenti di revisione e di discussione sull'appropriatezza degli interventi educativi e sulle condizioni in cui sono condotti. Definire la centralità dell'équipe rispetto agli interventi.

contratto

dimensione
professionale

Aree di criticità

Difficoltà di riconoscere una controparte, sia per le numerose istanze in gioco, sia perché va costruito il riconoscimento di un problema e la necessità di costruire un contratto terapeutico mirato.

Aree di significati

Non si può stipulare un contratto "contro"
È sempre necessario lavorare all'individuazione di chi sono i contraenti e delle condizioni in cui si opera.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Si propongono tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi, le problematiche e le linee-guida della dimensione professionale.

Aree di significati

Prima di proporre contratti, è necessario concordare coi colleghi modelli di intervento e finalità dello stesso.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Congruenza tra contratto e mission dei servizi coinvolti, modalità organizzative, risorse, professionalità disponibili.

Aree di significati

Rendere esplicito il modo in cui l'organizzazione mette a disposizione risorse e personale per la stesura di protocolli operativi.

dipendenza

dimensione
professionale

Aree di criticità

Le situazioni di cronicità e/o di deterioramento personale/sociale conseguenti ad una prolungata dipendenza da sostanze mettono il singolo professionista di fronte allo scacco delle proprie aspettative di cura. Come rispettare il principio di autodeterminazione in una persona al centro di una forte sofferenza familiare e/o sociale, apparentemente priva di risorse personali/sociali per spezzare la propria dipendenza patologica?

Aree di significati

Non scotomizzare l'importanza di instaurare una relazione con gli interlocutori nella consapevolezza che tutti siamo vulnerabili, limitati, bisognosi di aiuto; porsi in una posizione di ascolto e di riconoscimento della dignità altrui, cercando di formulare un progetto minimale, anche solo di accompagnamento ai familiari affinché si prendano cura di sé.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Snodo di conflitti di competenze nonché di comprensione "etica" fra servizi che agiscono in ambiti diversi (i principali interlocutori sono i servizi socioassistenziali con cui diviene indispensabile costruire un'etica della comunità curante).

Aree di significati

Non venir meno al senso di responsabilità "politica" rispetto a stimolare un'etica della comunità sanante.

e q u i t à

dimensione
professionale

Aree di criticità

Come offrire uguali opportunità di cura in situazione di sovraccarico operativo per carenza di personale e per la pluralità di compiti "amministrativi" cui la nostra professione è chiamata ultimamente?

Aree di significati

È importante il confronto in équipe, la dialettica fra punti di vista diversi, nella consapevolezza della parzialità del proprio intervento e della contraddittorietà, nonché del fatto che non esistono scelte migliori in assoluto, ma solo in questo contesto ed in questo momento.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

La criticità sta nel costruire un pensiero etico comune fra servizi che operano a favore della nostra utenza in ambiti diversi, in particolare con i servizi per la tutela minorile e a protezione/contrasto della violenza familiare.

Aree di significati

Sostenere un confronto leale con gli altri servizi, rispettoso delle rispettive competenze e dei rispettivi saperi, nonché dei limiti di azione di ciascuno, mettendo a disposizione le proprie conoscenze e rimanendo aperti alle conoscenze e agli stimoli altrui.

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Sono il risolto istituzionale del dilemma professionale.

Aree di significati

sostenere e valorizzare l'importanza dell'impegno del servizio nel prendersi cura delle persone tossicomani anche quando il risultato apparentemente è "magro" dal punto di vista economico, perdente.

f l e s s i b i l i t à

dimensione
professionale

Aree di criticità

Rischio che essere flessibili sia confuso con l'assenza di criteri di intervento.

Aree di significati

La flessibilità è una risorsa, che serve a personalizzare l'intervento, se è inscritta in una cornice ben definita. L'equilibrio è là dove c'è un'attenta lettura dei bisogni.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Essere flessibile può ingenerare confusione nell'altro e confusione nell'operatore stesso e confusione tra le diverse professionalità.

Aree di significati

Ci sono aree di confine tra le diverse professionalità che è necessario saper "abitare".

dimensione gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Aver chiaro che la flessibilità è uno strumento professionale in rapporto ai bisogni dell'utenza e non può essere invece una risposta a carenze organizzativo-gestionali.

Aree di significati

Può flettersi solo ciò che è saldamente ancorato al suolo della dimensione gestionale-organizzativa.

p o t e r e

dimensione
professionale

Aree di criticità

1. Gli operatori hanno poca consapevolezza del proprio potere nei confronti del paziente, pertanto il suo esercizio nella relazione d'aiuto è affidato più al buon senso personale che ad un codice deontologico di condotta. Criticità sull'asse della relazione d'aiuto, della coerenza e della responsabilità.

2. Con alcuni pazienti la dimensione educativa viene meno a favore di un puro atto di potere. L'operatore decide a priori per lui e per alcune scelte in base a proprie premesse senza condividerle con il paziente. Criticità sull'asse della trasparenza e della condivisione.

3. Con alcuni pazienti le scelte vengono effettuate unilateralmente contro il loro parere. L'operatore di fatto decide che i propri criteri di scelta escludono di tener conto gli interessi o i bisogni del paziente. Criticità sull'asse della professionalità e della relazione d'aiuto.

4. L'operatore trascura di curare la propria dotazione professionale e di aggiornarla. Ritiene che questo fatto attenga ad una sua esclusiva scelta personale oppure squalifica le scelte di aggiornamento proposte dal suo Servizio. Criticità sull'asse della professionalità e della responsabilità verso il paziente e il suo Servizio.

5. Il pensarsi "potente" molte volte non mette l'operatore nella posizione di ascolto e di ricevere il problema che porta il paziente. L'operatore pensa di sapere a priori. Criticità sull'asse della relazione di aiuto.

Aree di significati

1. Il potere rimanda alla responsabilità e alla giustizia, senza le quali si pervertirebbe nell'abuso. Gli operatori devono responsabilmente riflettere in tal senso sulle proprie azioni e sulle scelte che compiono, adottando tutti i dispositivi funzionali (ad es., il lavoro in équipe) e formativi in grado di accrescere la sensibilità professionale su questo tema.

2. La dimensione educativa rimanda all'ascolto, all'accogliere il punto di vista dell'altro e alla conciliazione delle diversità. Occorre che l'esplicitazione delle proprie premesse, delle proprie finalità e dei propri obiettivi sia una costante delle relazioni fra operatori e pazienti e precedere le scelte che vengono compiute.

3. La condivisione delle scelte con il paziente rappresenta il rispetto e il riconoscimento per la sua autonomia. Essa dovrebbe essere una finalità della relazione paziente-operatore che va sempre perseguita fin dove possibile.

4. La cura della propria professionalità rimanda alla responsabilità nella gestione del potere nella relazione operatore-paziente. Occorre cercare costantemente le forme e gli strumenti operativi migliori possibili nel rispetto della propria immagine professionale e del dovere di operare il miglior aiuto possibile.

5. L'ascolto rimanda alla maturità delle persone e alla loro capacità di mettersi nei panni degli altri e di inscrivere le relazioni con gli altri sui registri simbolici della fiducia. Occorre saper adottare con il paziente un assetto relazionale di rispetto per il suo punto di vista e di attenzione alla sua descrizione per il proprio problema, evitando le generalizzazioni.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

1. Ci sono situazioni in cui il gruppo di lavoro non riconosce il proprio responsabile. La criticità si riferisce allo sviluppo di un conflitto di autorevolezza fra dirigente e collaboratori con il conseguente scadimento della qualità delle scelte compiute e del clima del servizio. In mancanza di un rapporto gerarchico chiaro e riconosciuto il rischio è che si concretizzino le situazioni che seguono.

2. Il gruppo di lavoro isola ed emargina un operatore. La criticità è relativa, al di là dei contenuti, del torto o della ragione, all'abuso di potere da parte del gruppo con lo sviluppo di situazioni di mobbing e di disagio grave.

3. Il gruppo si frantuma in parti contrapposte, in conflitti distruttivi per la conquista di vantaggi e di posizioni di potere. La criticità si riferisce all'asservimento delle relazioni con il paziente alla logica dello scontro.

4. Nell'ambito del gruppo di lavoro alcune professionalità riconoscono a sé ed esercitano un potere di compiere delle scelte maggiore rispetto agli altri colleghi. La criticità si riferisce allo sviluppo di un conflitto di potere in cui prevalgono alcuni codici deontologici sopra gli altri senza possibilità di mediazione.

5. Nel servizio mancano procedure e mancano criteri. I criteri professionali dovrebbero essere esplicitati costantemente e le procedure essere rispettate e costantemente verificate attraverso il lavoro di gruppo. La criticità si riferisce al fatto che l'assenza di criteri e di procedure si presta nelle prassi relazionali alle interpretazioni individuali e all'abuso, mettendo il paziente nell'impossibilità di esercitare la propria parte di potere sull'operatore attraverso il controllo.

potere

dimensione
interprofessionale

Aree di significati

1. La mancanza di autorevolezza (una delle forme dell'esercizio del potere) rimanda sia all'incapacità personale del dirigente, sia a particolari condizioni di disagio del gruppo di lavoro. La conduzione di gruppi di lavoro non può iscriversi automaticamente come capacità di ogni dirigente, ma come insieme di maturità personale e professionalità acquisite.

2. L'isolamento di un operatore rimanda alla modalità difensiva dei gruppi centrata sul capro espiatorio e segno di un profondo disagio del gruppo stesso.

3. Il frantumarsi del gruppo in conflitti rimanda a situazioni di confusione gerarchica nel contesto più ampio o ad una vacanza di dirigenza, alla quale il gruppo reagisce cercando di identificare e scegliere autarchicamente il proprio futuro referente. Occorre pertanto che i rapporti gerarchici siano sempre chiari e trasparenti oppure che il gruppo di lavoro abbia sempre un proprio referente gerarchico legittimato e sostenuto.

4. Il codice deontologico rimanda, tra l'altro, ai criteri di esercizio della relazione con il paziente e modera l'uso del potere professionale. Per questo motivo ogni codice professionale dovrebbe avere pari dignità nell'ambito di un gruppo di lavoro e le scelte di priorità dovrebbero essere costruite intorno al bisogno del paziente.

5. Le procedure ed i criteri rimandano alla trasparenza nei rapporti con il paziente e al monitoraggio del proprio operato professionale. Entrambi, trasparenza e monitoraggio sono dispositivi di calmieraggio del potere degli operatori e dei loro servizi. Occorre pertanto che essi siano esplicitati dal gruppo di lavoro e che intorno ad essi si costruisca una prassi coerente e verificabile.

Aree di criticità

1. Ingerenza degli interessi politici sulla distribuzione di risorse e sulle finalità. La criticità consiste nel rendere provvisorie e/o confuse le missioni e le finalità. Gli operatori restano in attesa che un gruppo di potere prevalga e stabilizzi la situazione.

2. Venir meno di compiti gestionali da parte dei responsabili. I servizi non vengono dotati di risorse adeguate perché destinate altrove. La criticità consiste principalmente nella pretesa di chi ha potere sugli operatori di raggiungere gli stessi obiettivi pur in presenza di una riduzione di risorse.

3. Mancanza di controllo sulla qualità dell'operato del servizio. In questo caso il potere si manifesta in senso opposto, cioè come non esercizio del potere. Pertanto si configurano situazioni di non scelta (non premio) fra comportamenti e risultati differenti.

Aree di significati

1. L'ingerenza politica rimanda allo scontro fra diverse concezioni sulla vita delle persone e su come occuparsi dei loro bisogni.

2. Il venir meno di compiti gestionali rimanda al potere che adotta finalità contrastanti nella mission del proprio servizio e la scelta nella distribuzione delle risorse rispecchia tali contrasti in una distribuzione poco trasparente e trascurante

3. Il controllo sulla qualità del lavoro svolto rimanda alla responsabilità sulla mission e sulle finalità dichiarate.

dimensione
gestionale
organizzativa

risorse

dimensione
professionale

Aree di criticità

L'accesso individuale e lo scarso tempo a disposizione fanno sì che si tenda a privilegiare l'individuazione dei problemi e si perda di vista la dimensione più globale della persona (relazioni famigliari, interessi generali, capacità, rapporti sociali e affettivi).

Aree di significati

Considerare questi aspetti fin dalle prime fasi della presa in carico, lavorando in integrazione con le altre figure professionali e sollecitando il soggetto a rivalutare le parti di sé che ritiene più gratificanti. Questo per rendere più accessibili le risorse esistenti e potenziarle.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Un eccesso di medicalizzazione o l'appiattimento su problemi molto specifici e urgenti (es. problemi penali) portano a centrarsi su singole aree e articolare un progetto che dimentica di articolarsi con tutte le risorse del paziente in modo organico e di utilizzare e integrare le risorse dell'équipe.

Aree di significati

La premessa è che l'équipe possa costruire e salvaguardare spazi comuni di confronto finalizzati anche alla costruzione di un progetto comune e integrato sulla persona, centrato sulla lettura e sul potenziamento delle risorse interne ed esterne.

dimensione
gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Spesso le risorse a disposizione dei servizi sono inadeguate; la cultura prevalente inoltre, sembra essere sempre più quella di leggere gli interventi in termini economicistico-prestazionali perdendo così di vista la valenza sociale degli interventi.

Aree di significati

L'istituzione deve fornire spazi e tempi di formazione atti a favorire lo sviluppo di un meta pensiero; deve fornire spazi adeguati all'operatività e salvaguardare gli aspetti etici del lavoro degli operatori.

rispetto

dimensione
professionale

Aree di criticità

Abbiamo considerato un'area di criticità la questione del rispetto dei diritti dell'utente, ad esempio quello ad una cura adeguata, alla privacy, a concordare la cura e gli obiettivi, ecc. Condizionamenti culturali, valoriali, politici di ciascun operatore possono influenzare le decisioni cliniche ed il percorso terapeutico.

Aree di significati

Sviluppare capacità di ascolto per riconoscere l'alterità ed il diritto alla scelta della cura migliore.

Gli operatori hanno il dovere di aggiornamento.

Sviluppare e mantenere viva la consapevolezza del potere gestito nella relazione d'aiuto.

dimensione
interprofessionale

Aree di criticità

Riconosciamo il rischio che nelle dinamiche d'équipe si agisca una conflittualità legata al potere più che alla problematica dell'utente.

Diverso coinvolgimento degli operatori e le gerarchie a volte influenzano le decisioni d'équipe.

Esiste una diversa percezione del valore/potere decisionale delle varie professionalità nei servizi.

Aree di significati

Centralità dell'interesse del paziente nelle discussioni cliniche.

Ogni professionalità può contribuire e rappresenta una risorsa nelle discussioni e rispetto alle scelte dell'équipe.

Riaffermiamo la pari dignità fra le varie professioni.

dimensione
gestionale
organizzativa

Aree di criticità

Non sempre i servizi sono in condizioni dignitose e organizzati in modo da offrire prestazioni che garantiscano il rispetto dei diritti dell'utente, per scarsità di risorse. Questa situazione ha determinato una deformazione dell'organizzazione interna più sui "desideri" degli operatori, che sui bisogni degli utenti.

Aree di significati

I servizi vanno valorizzati ed organizzati per poter seguire i cambiamenti dei fenomeni d'abuso e garantendo dignità sia per gli utenti che per gli operatori (aggiornamento degli ambienti, degli strumenti, delle strategie ecc.).

Il controllo di gestione di un Servizio per le Tossicodipendenze

R. Lovaste*, E. Camin**, G. Lorenzin***, G. Guarrera****, F. Fontana*****

Premessa

Il Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.) è una struttura organizzativa che può essere definita come un insieme di persone, di risorse e di processi coordinati, interdipendenti finalizzati al perseguimento di determinati obiettivi. L'obiettivo prioritario è ovviamente quello di contribuire a migliorare il livello di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie utili, cioè scientificamente validate.

Il Ser.T. però "vive" in un contesto sociale, culturale, politico e normativo che continuamente lo mette in relazione con numerosi soggetti: i malati e le loro famiglie, il personale dipendente e le sue organizzazioni, le istituzioni, le strutture accreditate, ecc.; portatori di esigenze ed aspettative (espresse e/o inconsce) a volte completamente divergenti fra loro.

L'interrelazione fra questa struttura organizzativa ed i vari portatori di interesse produce, nei diversi contesti ambientali, declinazioni differenti dell'obiettivo prioritario a cui spesso vengono aggiunte richieste di attività finalizzate al contenimento sociale del fenomeno della tossicodipendenza.

Per questa ragione, prima di affrontare il problema del controllo di gestione inteso come strumento di governo del Servizio, è necessario pre definire con le strutture sovraordinate quali sono in dettaglio gli obiettivi, prodotti dal bilanciamento delle aspettative dei portatori di interesse, che lo specifico Ser.T. deve perseguire. Questa mole di lavoro, non indifferente, rientra nel capitolo dell'analisi e progettazione organizzativa di un Ser.T. in una logica aziendalista.

Completato questo sforzo si ottiene un quadro sufficientemente chiaro su quali sono le risorse (uomini e mezzi), quali sono i processi che ne regolano l'interdipendenza e generano valore aggiunto, quali sono i prodotti ovvero che interventi socio sanitari realizzare, a quali bisogni presenti nella popolazione di riferimento si cerca di rispondere e soprattutto qual è il fine che ci aspettiamo di raggiungere.

A questo punto diventa importante riuscire a documentare:

- che quello che riteniamo essere appropriato e scientificamente valido effettuare, per raggiungere un determinato obiettivo, viene effettivamente realizzato;
- quali sono i costi di produzione sostenuti;
- quale è il livello di efficienza raggiunto.

L'efficacia dei trattamenti, che ragionevolmente costituisce il naturale completamento di questa griglia di analisi, non viene affrontato in questa studio in quanto al momento non sono stati definiti dalla comunità scientifica degli indicatori omogenei e condivisi. Il presente documento sul controllo di gestione in un Servizio per le Tossicodipendenze è finalizzato al miglioramento conti-

nuo della qualità ed all'implementazione di uno strumento in mano al singolo professionista, "proprietario" dell'intervento terapeutico in essere nei confronti del paziente, per sapere se e quando apportare aggiustamenti migliorativi al suo lavoro. Per fare tutto ciò il Ser.T. in collaborazione con il Servizio Controllo di Gestione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento ha individuato un elenco di indicatori che, a nostro parere, sono in grado di monitorare il livello di efficienza ed il costo di produzione del prodotto erogato.

Il modello di valutazione dell'efficienza

"L'efficienza di un'organizzazione socio sanitaria che si occupa di tossicodipendenza si misura dalla capacità della stessa di produrre progetti terapeutici utili ad accrescere lo stato di salute o ad evitare nuova patologia con il minor impiego di risorse." "L'efficienza di struttura si suddivide in:

- efficienza produttiva: esprime il rapporto esistente tra le risorse impiegate ed il numero di prestazioni utili erogate, quindi è una caratteristica interna dell'organizzazione;
- efficienza allocativa: esprime la percentuale, del numero complessivo di prestazioni utili, erogate da una determinata struttura quindi è una caratteristica dell'organizzazione rapportata alla rete assistenziale".

Gli indicatori di seguito presentati miranti a valutare l'efficienza sono stati scelti in base alla loro rilevanza informativa, in base alla possibilità di recuperare i dati dal sistema informatico gestionale utilizzato dal Ser.T., comparando i benefici informativi con i costi di rilevazione.

Si è ritenuto opportuno individuare indicatori esprimenti l'efficienza produttiva e allocativa totale del Ser.T. e anche indicatori esprimenti l'efficienza produttiva delle relative aree sanitaria, sociale e psicologica. Gli indicatori di efficienza produttiva sono stati inoltre articolati in indicatori di output, economici e di densità assistenziale/terapeutica.

Gli indicatori sono rilevati a cadenze definite e i relativi valori dovranno essere oggetto di confronti nel tempo. In caso di situazioni che appaiono anomale (per esempio per uno scostamento rispetto al precedente periodo) si potranno analizzare in profondità consultando i dati di dettaglio disponibili nel sistema informatico gestionale: tipologia, numero di prestazioni, interventi d'area prodotti, tipologia e numero di pazienti trattati, specifica per operatore, ecc. Per la comprensione degli indicatori di seguito riportati si premette che le *prestazioni* sono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga, individuate e codificate secondo le indicazioni Sesit e realizzate secondo i dettami dell'evidence based medicine; per *intervento d'area* (PAS programma assistenziale specifico secondo il Sesit) si intende invece un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso. Un insieme coordinato di interventi d'area finalizzati ad un unico obiettivo costituisce il *progetto terapeutico complessivo* (PAG programma assistenziale generale secondo Sesit). I progetti terapeutici elaborati dal Ser.T. rappresentano il prodotto in termini di output.

* *Responsabile Servizio per le Tossicodipendenze.*

** *Servizio Controllo di Gestione.*

*** *Responsabile Servizio Controllo di Gestione.*

**** *Servizio Garanzia di Qualità.*

***** *Direttore Cura e Riabilitazione.*

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Efficienza produttiva del Ser.T.

Indicatori di output

- *N. progetti terapeutici per operatore* [n. progetti terapeutici totali / n. operatori totali]
Esprime la media di output, del numero di progetti terapeutici per operatore.
Si considerano operatori tutti coloro che operano presso il Ser.T. anche il personale impiegato in attività di supporto.
- *N. pazienti per operatore* [n. pazienti totali / n. operatori totali]
Esprime la media di pazienti presi in carico per operatore.
Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.
Si considerano operatori tutti coloro che operano presso il Ser.T. anche il personale impiegato in attività di supporto.

Indicatori economici

- *Costo totale per paziente* [costo di assistenza totale / n. pazienti totali]
Esprime il costo medio per paziente.
Il costo di assistenza totale si ricava dal costo imputabile alla struttura del Ser.T. come risulta dalla contabilità analitica del periodo preso in considerazione: in pratica il costo del personale, i consumi, gli ammortamenti e gli altri costi. Per quanto riguarda gli altri costi si evidenzia che nel caso non sia possibile un'attribuzione diretta in contabilità analitica al Ser.T. questi sono assegnati al Servizio in base ad algoritmi di attribuzione definiti dal Servizio Controllo di Gestione (Allegato 1 Elenco degli algoritmi di attribuzione degli altri costi in contabilità analitica).
Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperta un fascicolo personale.
- *Costo totale per progetto terapeutico* [costo di assistenza totale / n. progetti terapeutici totali]
Esprime il costo medio per progetto terapeutico.
Il costo di assistenza totale si ricava dal costo imputabile alla struttura del Ser.T. come risulta dalla contabilità analitica del periodo preso in considerazione: in pratica il costo del personale, i consumi, gli ammortamenti e gli altri costi. Per quanto riguarda gli altri costi si evidenzia che nel caso non sia possibile un'attribuzione diretta in contabilità analitica al Ser.T. questi sono assegnati al Servizio in base ad algoritmi di attribuzione definiti dal Servizio Controllo di Gestione (Allegato 1 Elenco degli algoritmi di attribuzione degli altri costi in contabilità analitica).

Indicatori di densità assistenziale

- *Tempo medio per paziente* [tempo totale dedicato ai pazienti / n. pazienti totali]
Esprime il tempo medio dedicato per paziente.
I tempi totali sono calcolati in base a tempi standard per prestazione definiti per il calcolo dei costi di produzione per singola prestazione.
Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperta un fascicolo personale.
- *N. di prestazioni totali per accesso* [n. prestazioni totali / n. accessi totali]
Esprime la media di prestazioni per accesso.
Si considerano come accessi il numero di ingressi alle strutture del Servizio per le Tossicodipendenze da parte dei pazienti per la fruizione di prestazioni.

Efficienza allocativa del Ser.T.

Per calcolare l'efficienza allocativa è necessario determinare il rapporto esistente fra gli output di una équipe e quelli totali del Servizio. Si ritiene di poter utilizzare gli stessi indicatori di output sopra riportati calcolati per ognuna delle quattro diverse équipe del Ser.T. di Trento.

Efficienza produttiva per singola area sanitaria (medica ed infermieristica), sociale e psicologica

Si evidenzia che l'area sanitaria comprende interventi specifici attuati dai medici con il contributo del personale infermieristico. Quando si parla di area sanitaria si fa riferimento quindi sia all'area medica che a quella infermieristica. Gli interventi specialistici misurati dal sistema informatico gestionale sono quelli relativi all'area medica che di fatto coincidono con gli interventi specialistici infermieristici per cui in definitiva il numero complessivo di interventi e di pazienti seguiti dall'area medica ed infermieristica coincidono. Gli indicatori di seguito presentati sono calcolabili rispetto a ciascuna delle quattro aree medica, infermieristica, sociale e psicologica.

Indicatori di output

- *N. interventi d'area per operatore di profilo* [n. interventi d'area / n. operatori per profilo]
Esprime la media di output dell'area per operatore di un determinato profilo.
Si conteggia negli operatori di profilo solo il personale delle qualifiche relative all'area presa in considerazione.
- *N. interventi nuovi d'area per operatore di profilo* [n. interventi d'area nuovi / n. operatori per profilo] (*nuovi = iniziati nell'anno*)
- *N. interventi vecchi di area per operatore di profilo* [n. interventi d'area vecchi / n. operatori per profilo] (*vecchi = proseguimento dell'anno precedente*)
Gli interventi iniziati nell'anno in corso e quelli che proseguono dall'anno passato sono diversi in termini di impegno di lavoro per operatore, si ritiene quindi opportuno evidenziare separatamente anche la media di queste due tipologie di output per operatore.
- *N. pazienti d'area per operatore di profilo* [n. pazienti d'area / n. operatori per profilo]
Esprime la media di pazienti dell'area per operatore di un determinato profilo.
Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.
Si conteggia negli operatori di profilo solo il personale delle qualifiche relative all'area presa in considerazione.
- *N. pazienti d'area "incidenti" per operatore di profilo* [n. pazienti d'area incidenti / n. operatori per profilo] (*incidenti = per la prima volta presi in carico mai conosciuti prima*)
- *N. pazienti d'area "rientranti" per operatore di profilo* [n. pazienti d'area rientranti / n. operatori per profilo] (*rientranti = già presi in carico in precedenza*)
I pazienti presi in carico la prima volta presso il Ser.T. e quelli già presi in carico in precedenza sono diversi in termini di impegno di lavoro per operatore, si ritiene quindi opportuno evidenziare separatamente anche la media di queste tipologie di pazienti per operatore.

Indicatori economici

- *Costo d'area per paziente* [costo d'area / n. pazienti d'area]
Esprime il costo medio d'area per paziente.

Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.

Il costo di ognuna delle aree – sanitaria, sociale e psicologica – è dato principalmente dal costo degli operatori del profilo relativo all'area e quindi rispettivamente il costo dell'area sanitaria considera il costo dei dirigenti medici e degli infermieri, il costo dell'area sociale il costo degli assistenti sociali e il costo dell'area psicologica il costo degli psicologi. Il costo dell'area sanitaria comprende anche i consumi relativi a medicinali, presidi chirurgici, materiale sanitario e di medicazione, reagenti e altri prodotti di laboratorio. Rispetto ad ogni area, inoltre, viene conteggiata anche una quota forfetaria rispetto a tutti gli altri costi dell'assistenza (quota forfetaria = costi "residuali" (escludendo i costi precedentemente considerati e il costo delle convenzioni con le comunità terapeutiche) diviso il numero consuntivo del periodo di tutte le prestazioni, moltiplicata poi per il numero di prestazioni consuntive rispetto a ciascuna area). I costi presi in considerazione sono quelli che si desumono dalla contabilità analitica del periodo preso in esame.

- *Costo d'area per intervento* [costo d'area / n. interventi d'area] Esprime il costo medio d'area per intervento.

Il costo di ognuna delle aree – sanitaria, sociale e psicologica – è dato principalmente dal costo degli operatori del profilo relativo all'area e quindi rispettivamente il costo dell'area sanitaria considera il costo dei dirigenti medici e degli infermieri, il costo dell'area sociale il costo degli assistenti sociali e il costo dell'area psicologica il costo degli psicologi. Il costo dell'area sanitaria comprende anche i consumi relativi a medicinali, presidi chirurgici, materiale sanitario e di medicazione, reagenti e altri prodotti di laboratorio. Rispetto ad ogni area, inoltre, viene conteggiata anche una quota forfetaria rispetto a tutti gli altri costi dell'assistenza (quota forfetaria = costi "residuali" (escludendo i costi precedentemente considerati e il costo delle convenzioni con le comunità terapeutiche) diviso il numero consuntivo del periodo di tutte le prestazioni, moltiplicata poi per il numero di prestazioni consuntive rispetto a ciascuna area). I costi presi in considerazione sono quelli che si desumono dalla contabilità analitica del periodo preso in esame.

Indicatori di densità terapeutica

- *Tempo medio per paziente d'area* [tempo totale dedicato ai pazienti d'area / n. pazienti d'area]

Esprime il tempo medio dedicato per paziente.

I tempi totali sono calcolati in base a tempi standard per prestazione definiti per il calcolo dei costi di produzione per singola prestazione.

Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.

- *Tempo medio per paziente d'area "incidente"* [tempo totale dedicato ai pazienti d'area incidenti / n. pazienti incidenti d'area] (*incidenti = per la prima volta presi in carico dal Servizio mai conosciuti prima*)

- *Tempo medio per paziente d'area "rientrante"* [tempo totale dedicato ai pazienti d'area rientranti / n. pazienti rientranti d'area totali] (*rientranti = già presi in carico in precedenza*)

I pazienti presi in carico la prima volta presso il Ser.T. e quelli già presi in carico in precedenza sono diversi in termini di impegno di lavoro per operatore, si ritiene quindi opportuno evidenziare separatamente il tempo medio per queste due tipologie di pazienti.

Costo di produzione delle prestazioni erogate dal Servizio per le Tossicodipendenze

Il Servizio Controllo di Gestione, concordando la metodologia di calcolo con il Ser.T., ha determinato per ogni prestazione erogata dal Ser.T. secondo l'attuale classificazione interna il relativo costo di produzione.

Per la determinazione dei costi di produzione delle prestazioni erogate dal Ser.T. si è ritenuto opportuno adottare una "propria" modalità di calcolo dei costi di produzione che permetta la determinazione di valori rispecchianti il reale costo delle specifiche prestazioni del Ser.T. Non è stato preso in considerazione come riferimento il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in quanto non comprende tutte le prestazioni erogate da un Servizio per le Tossicodipendenze, quelle nominalmente simili sono diverse in termini di "contenuto" e comunque il tariffario non riflette puntualmente i costi di produzione delle prestazioni indicate.

Di seguito è descritta in sintesi la metodologia di calcolo del costo di produzione per singola prestazione.

Il costo del personale rappresenta la principale componente del costo di produzione di ogni prestazione. In particolare tale costo è determinato utilizzando come riferimento i tempi medi per prestazione definiti nell'ambito del progetto SESIT "Protocollo e standard statement sulla valutazione dell'outcome" versione dicembre 2004 integrati con le informazioni raccolte dal 2001 dal Ser.T. all'interno del proprio sistema informatico gestionale e valorizzando i dati così ottenuti in base ai valori medi per qualifica elaborati ogni anno dal Servizio Controllo di Gestione (Allegato 2 Classificazione delle prestazioni del Servizio per le Tossicodipendenze di Trento, aggancio alla classificazione delle prestazioni del progetto SESIT e indicazione dei tempi standard) (Allegato 3 Tempi standard e costi del personale delle prestazioni erogate dal Servizio per le Tossicodipendenze). I tempi medi così ottenuti esprimono, per ciascuna prestazione, i tempi standard di riferimento. Si evidenzia che le prestazioni vengono inserite dagli operatori nel sistema di rilevazione del Ser.T. inserendo i tempi effettivi utilizzati, invece, nell'analisi a consuntivo, ognuna di esse verrà rapportata al tempo standard di riferimento. Esempio se per una prestazione è previsto un tempo standard di 60 minuti, nell'analisi a consuntivo due prestazioni erogate con un tempo di 30 minuti corrisponderanno ad una sola prestazione standard.

Dato che il costo dei farmaci varia notevolmente a seconda della tipologia somministrata si è ritenuto opportuno prevedere, per le prestazioni che implicano somministrazione di farmaci, l'addebito del costo specifico della tipologia di medicinali utilizzati (costo unitario da gara d'acquisto in vigore) e non la definizione di uno standard ipotetico di consumo per prestazione.

Con riferimento ai consumi relativi a presidi chirurgici, materiale sanitario e di medicazione, reagenti e altri prodotti di laboratorio sono state individuate le prestazioni infermieristiche "richiedenti" tali consumi e sono state calcolate delle quote forfetarie di costo da considerare nel costo di produzione di tali prestazioni (costi consuntivi dell'anno precedente che risultano dalla contabilità analitica diviso il numero consuntivo di tutte le prestazioni dell'anno precedente).

Per tenere in considerazione tutti gli altri costi del Ser.T. che contribuiscono alla realizzazione delle prestazioni abbiamo ritenuto opportuno calcolare una quota forfetaria da aggiungere ai costi di produzione di ogni prestazione calcolati secondo i criteri in precedenza illustrati (quota forfetaria = costi consuntivi "residuali" dell'anno precedente che risultano dalla contabilità

analitica diviso il numero consuntivo di tutte le prestazioni dell'anno precedente) (Allegato 4: Elenco dei conti considerati per il calcolo della quota forfetaria dei costi di produzione delle prestazioni erogate dal Servizio per le Tossicodipendenze). Si evidenzia che per il costo del personale e dei medicinali si utilizzano i valori dell'anno corrente essendo disponibili i dati a preventivo rispetto al periodo, mentre per le quote forfetarie dei costi di produzione si utilizzano i valori e le consistenze delle prestazioni dell'anno precedente. I costi di produzione saranno aggiornati annualmente a cura del Servizio Controllo di Gestione in base ai nuovi valori medi standard del personale, ai nuovi costi unitari da gara d'acquisto per i farmaci e in base ai nuovi valori da contabilità analitica e alle nuove consistenze di prestazioni per il calcolo delle quote forfetarie.

Bibliografia

- Lovaste R., "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le Tossicodipendenze in una logica aziendale", *Mission*, 2005, 14:6-24.
- Lovaste R., Ferrucci R., Calmasini S., *Analisi di procedura per la valutazione dell'efficienza in un Ser.T.* Relazione al convegno "Le forme dell'integrazione", Centro congressi Milanofiori, 8-9 marzo 2004.
- Lovaste R., *Progetti terapeutici per obiettivi ed indicatori di risultato.* Relazione al convegno "I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali", Abano, 16-17 ottobre 2003.
- Bertelli B., Lovaste R., *L'integrazione socio sanitaria per le tossicodipendenze*, G. Bissolo, L. Fazzi, *Costruire l'integrazione socio sanitaria*, cap. 24.
- Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (2002), *Quality Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze. Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni. Manuale teorico pratico.*
- Serpelloni G., Simeoni E., *Quality Management e principi per la valutazione applicati al sistema di erogazione dei servizi per le tossicodipendenze.* Quality Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze. Regione Veneto Progetto del Ministero

- della Salute e del Coordinamento delle Regioni. Manuale teorico pratico. 51-91.
- Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Ramazzo L. (2002), *Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie. Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni.*
- Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Simeoni E., *L'analisi dei costi secondo un approccio di Qualità Management.* Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie. Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni. 1-38.
- Serpelloni G., Margiotta M., Simeoni E., *Il modello "AnCosBen" per l'analisi dei costi e benefici nelle tossicodipendenze.* Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie. Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni. 39-69.
- Serpelloni G., Margotta M., *Applicazione del modello AnCosBen su un caso concreto: Ser.T. 1 ULSS n. 20 Regione Veneto.* Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie. Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni. 71-92.
- French M.T., McGeary K.A., Chitwood D.D., McCoy C.B., *L'uso cronico di droga illecita, l'utilizzazione dei servizi sanitari ed il costo della cura medica.* Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie. Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni. 143-158.
- Protocollo e standard. Statement sulla valutazione dell'outcome. Glossario tecnico e definizioni. Progetto del Ministero della Salute, Ministero del Welfare, Regioni e Province Autonome. Progetto SESIT Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze. Potenziamento delle dotazioni informatiche del Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei.* Versione dicembre 2004.
- Repubblica Italiana. Regione Lombardia. Bollettino Ufficiale. 2° supplemento straordinario. Deliberazione Giunta Regionale II febbraio 2005 - n. 7/20586. *Definizione ed adozione in via provvisoria del tariffario delle prestazioni erogate dai servizi territoriali dipendenze/servizi multidisciplinari integrati e contestuale avvio in forma sperimentale del sistema di classificazione "a pacchetti di prestazioni".*

Allegato 1. Elenco degli algoritmi di attribuzione degli altri costi in contabilità analitica

Categoria	Raggruppamento conto	Descrizione conto	Algoritmo utilizzato in contabilità analitica
ALTRI COSTI	Altri Costi	Indennità e rimborso spese ai Rev. dei Conti	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Manutenzioni ordinarie	Manut. in appalto sistemi informatici hardware	n. PC
ALTRI COSTI	Manutenzioni ordinarie	Manut. in appalto sistemi informatici software	n. PC o n. ore ditta
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni responsabilità civile auto	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Altre assicurazioni responsab. civile	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicuraz per danni diretti (furto, incendio, ecc.)	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni kasco dipendenti	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni infortuni	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni altri rischi	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Servizi bancari	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Tasse rifiuti	Metri quadri
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Imposte di registro, ipotecarie e catastali	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Imposte di bollo	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Tasse di concessione, d'esercizio e similari	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto servizi di pulizia	Metri quadri
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto centrale termica e riscaldamento	Metri quadri
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto smaltimento rifiuti, scorie	Metri quadri rifiuti speciali
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto servizi elaborazione dati	n. PC o popolazione residente o n. dipendenti
ALTRI COSTI	Spese generali	Costi per servizi di comunicazione istituzionale (garante)	Popolazione residente
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Spese e canoni telefonici	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Energia elettrica e forza motrice	Metri quadri
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Acqua	n. dipendenti
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Gas	n. dipendenti

Nota. Si evidenzia che questi algoritmi sono utilizzati solo nel caso in cui non sia possibile un'attribuzione diretta degli altri costi al Ser.T. in contabilità analitica.

Nota. L'elenco fa riferimento ai conti alimentati in contabilità analitica nel corso dell'anno 2004. Si evidenzia che queste voci possono variare a seconda degli anni.

Allegato 2. SESIT e indicazione dei tempi standard

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
P01	RIUNIONE INTERNA	Riunione organizzativa/metodologia prevista dal Servizio (équipe multiprofessionale, équipe monoprofessionale, incontri, gruppi di lavoro, incontri di programmazione/ valutazione attività, incontri di coordinamento)	20.1	Riunioni interne	120
P02	COLLOQUIO CLINICO INDIVIDUALE	Colloquio clinico a carattere valutativo o di sostegno psicologico effettuato al Servizio o presso altre strutture (carcere, Enti Accreditati) rivolto a pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio, loro familiari	5.2	Colloquio psicologico clinico, (counseling, pre-test-post-test)	60
P03	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	Colloquio di psicoterapia effettuato al Servizio o presso altre strutture (carcere, Enti Accreditati) rivolto a pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio, loro familiari	8.1	Psicoterapia individuale (per seduta)	60
P04	COLLOQUIO CLINICO DI COPPIA	Colloquio clinico, a carattere valutativo o di sostegno psicologico, effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a coppie con uno o entrambi i membri tossicodipendenti o in condizione di rischio; a genitori di pazienti tossicodipendenti o di soggetti a rischio	5.4	Colloquio di consulenza ai familiari	90
P05	PSICOTERAPIA DI COPPIA	Colloquio di psicoterapia effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a coppie con uno o entrambi i membri tossicodipendenti o in condizione di rischio; a genitori di pazienti tossicodipendenti o di soggetti a rischio	9.1	Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare	90
P06	COLLOQUIO CLINICO FAMILIARE	Colloquio clinico a carattere valutativo o di sostegno psicologico effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a nuclei familiari, o parti di esso, con pazienti tossicodipendenti o soggetti a rischio	5.4	Colloquio di consulenza ai familiari	90
P07	PSICOTERAPIA FAMILIARE	Colloquio di psicoterapia effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a nuclei familiari, o parti di esso, con pazienti tossicodipendenti o soggetti a rischio	9.1	Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare	90
P08	COLLOQUIO CLINICO CONGIUNTO	Colloquio clinico a carattere valutativo o di sostegno psicologico condotto da due professionisti anche appartenenti a profili professionali differenti, effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a soggetti individuali o nuclei familiari	5.2		60
P10	INTERVENTO DI GRUPPO	Intervento di conduzione di gruppo composto da pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio o familiari effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati)	10.3	Riabilitazione psicosociale di gruppo (gruppo automutuo aiuto, di sostegno, informativi-educativi)	90
P11	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	Intervento di psicoterapia di gruppo composto da pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio o familiari effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati)	10.1	Psicoterapia di gruppo (ristretto, allargato, familiare, multifamiliare ecc.)	90
P12	SOMMINISTRAZIONE TEST PSICOLOGICO PROIETTIVO E DELLA PERSONALITÀ	Somministrazione di test psicologico proiettivo o della personalità	11.1	Somministrazione/valutazione di test proiettivo e della personalità	150
P13	SOMMINISTRAZIONE TEST PSICOLOGICI AUTODESCRITTIVI	Somministrazione di test psicologico autodescrittivo	11.7	Somministrazione/valutazione di questionari (generico)	60
P14	CONSULENZA INDIVIDUALE OPERATORI ESTERNI	Incontro di consulenza informativa e/o orientativa inerente l'area della tossicodipendenza (non centrata su casi in trattamento) richiesta da singole persone (operatori dei servizi o di associazioni, insegnanti) effettuata al Servizio o in altra sede	16.6	Intervento	60
P15	CONSULENZA DI GRUPPO OPERATORI ESTERNI (PERCHÉ NON PUÒ RIENTRARE NEGLI INTERVENTI DI GRUPPO P10)	Incontro consulenza informativa e/o orientativa inerente l'area della tossicodipendenza (non centrata su casi in trattamento) richiesta da gruppi di persone (operatori dei servizi o di associazioni, insegnanti) effettuata al Servizio o in altra sede	16.4	Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)	120
P16	RAPPORTI	Stesure relazione inerente l'area epidemiologica, l'attività dell'unità operativa, ecc.	24.1	Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operativa	Senza tempo standard
P17	INTERVENTI DIDATTICI	Interventi didattici (d'aula) all'interno dell'Azienda: attività di formazione e/o supervisione rivolta a colleghi e/o tirocinanti del Servizio (attività di tutor)	23.1	Formazione come docente	Senza tempo

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
P18	ELABORAZIONE REFERTAZIONE TEST PSICOLOGICI PROIETTIVI E DELLA PERSONALITÀ	Elaborazione/refertazione del test somministrato	11.99		Senza tempo standard
P19	ELABORAZIONE REFERTAZIONE TEST AUTODESCRITTIVI	Elaborazione/refertazione del test somministrato	11.99		Senza tempo standard
P 20	RIUNIONE RISTRETTA SU CASO CLINICO	Confronto diretto o telefonico fra operatori del Servizio attivi sul caso	13.2	Riunione per caso clinico	15
P 21	INTERVENTO DI RETE FUORI SEDE	Incontro con la presenza di operatori di altri Servizi coinvolti nel trattamento di un caso effettuato al fuori sede	21.2	Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza	120
P22	RELAZIONI	Certificazione di vario tipo previste dal Servizio (Noa, trattamento in corso, ecc.)	2.1	Relazioni scritte sul singolo caso clinico; per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.)	60
P23	INTERVENTO DI RETE IN SEDE	Incontro con la presenza di operatori di altri Servizi coinvolti nel trattamento di casi effettuato al Servizio	21.1	Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza	60
P24	RELAZIONE PSICOLOGICHE SU CASI SPECIFICI	Relazioni cliniche su casi in trattamento, stesura del profilo psicologico	2.1	Relazioni scritte sul singolo caso clinico; per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.)	60
P25	NON SI PRESENTA	Registrazione della mancata effettuazione della prestazione programmata			Senza tempo standard
P26	CONSULENZA (COUNSELING) PSICOLOGICA	Colloquio informativo e/o orientativo rivolto a pazienti in trattamento e/o loro familiari; (a soggetti e/o loro familiari con problematiche inerenti il consumo abuso di sostanze effettuato al Servizio)	5.6	Colloquio informativo	30
P27	DECISIONE D'ÉQUIPE	Sintetica descrizione della decisione dell'équipe multidisciplinare			Senza tempo standard
P28	INFORMAZIONI IMPORTANTI	Registrazione di informazioni significative inerenti la situazione del soggetto in trattamento			Senza tempo standard
P29	ATTIVITÀ TELEFONICA	Registrazione di telefonate in entrata o in uscita inerente il soggetto in trattamento	1.2	Counseling telefonico (psicologico, medico, sociale)	15
P30	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA	Interventi di promozione della salute rivolti a adolescenti e/o giovani o ad adulti a vario titolo in contatto con tale fascia di popolazione effettuati negli Istituti Scolastici (Insegnanti, genitori) o altri contesti (iniziative promosse dagli enti comunali, associazioni sportive, culturali o del volontariato ecc.)	16.1	Interventi sul territorio (scuole, C.I.C, parrocchie, circoscrizioni, manifestazioni, su gruppi)	120
P31	COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA	Colloquio rivolto a pazienti rientranti e incidenti, a familiari di soggetti tossicodipendenti e/o a rischio effettuato su invio dell'accettazione infermieristica	5.3	Colloquio per management clinico del paziente	30
P32	COORDINAMENTO DI PROGETTO SPECIFICO	Attività di ricerca	22.1	Attività di ricerca	Senza tempo standard
A1	SEGRETIARIATO SOCIALE IN SEDE	Qualunque attività di informazione sulla situazione delle risorse e dei Servizi pubblici a disposizione dei cittadini oltre che sulle modalità per accedervi ed utilizzare correttamente in rapporto alle esigenze da soddisfare	12.2	Comprende tutti quegli atti finalizzati all'apportamento di risorse specifiche per le azioni di reinserimento e supporto sociale del paziente	60
A2	INTERVENTO DI PREVENZIONE SOCIALE	Prestazioni che hanno come obiettivo lo sviluppo di un atteggiamento rivolto ad accrescere il benessere, la salute e la qualità della vita delle persone	16.3	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	60

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
A3	ATTIVITÀ DI CONSULENZA IN SEDE	Consulenza tecnica e legale. Incontro con altri operatori di servizi	16.6	Comprende tutti gli interventi comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	60
A4	INTERVENTI DI RETE IN SEDE	Azioni che si esplicano in una relazione con una rete di persone nell'individuazione di opportune strategie di fronteggiamento	21.1	Attività di coordinamento di rete in sede	60
A5	COLLOQUIO CONSULENZA E VALUTAZIONE UTENZA	Modalità verbale ed interattiva di raccolta dati sul singolo individuo finalizzata alla comprensione di un problema, di cosa lo determina e di cosa può essere cambiato per risolverlo o ridurlo	13.1	Stesura progetto e negoziazione concordata con l'utente e la sua famiglia	60
A6	COLLOQUIO CONSULENZA/VALUTAZIONE RETE FAMILIARE	Modalità verbale ed interattiva di raccolta dati sul sistema familiare finalizzata alla comprensione di un problema, di cosa lo determina e di cosa può essere cambiato per risolverlo o ridurlo	5.4	Colloquio di consulenza ai familiari	90
A7	COLLOQUIO SOSTEGNO/RIABILITAZIONE UTENZA	Modalità verbale ed interattiva verso l'utente con cui si indicano tutte quelle attività e quelle relazioni sia formali, sia informali che aiutano gli individui a soddisfare i loro bisogni supportandoli nelle motivazioni al cambiamento e sostenendo modelli di ruolo e di identità sociale	12.6	Attività educative/formative	60
A8	COLLOQUI SOSTEGNO/RIABILITAZIONE RETE FAMILIARE	Modalità verbale ed interattiva verso la famiglia con cui si indicano tutte quelle attività e quelle relazioni sia formali, sia informali che aiutano gli individui a soddisfare i loro bisogni supportandoli nelle motivazioni al cambiamento e sostenendo modelli di ruolo e di identità sociale	13.1	Stesura progetto e negoziazione concordati con l'utente e la sua famiglia	60
A9	VISITA DOMICILIARE	Strumento della relazione d'aiuto utilizzato in occasione di interventi svolti presso il domicilio dell'utente, istituti penitenziari, C. T. reparto ospedaliero casa alloggio	5.10	Colloquio specialistico domiciliare	120
A10	INTERVENTI DITTATICI IN SEDE	Attività formativa di direzione e di controllo condotta da esperti nei confronti di allievi tirocinanti o di professionisti già inseriti in ambito lavorativo	23.1	Formazione come docente	Senza tempo
A11	RELAZIONI	Strumento di documentazione specifico del servizio sociale utilizzato con l'obiettivo di trasmettere informazioni relative all'utenza	2.1	Relazioni scritte sul singolo caso	60
A12	INTERVENTI PREVENZIONE/PROMOZIONE SOCIALE FUORI SEDE	Prestazioni che hanno come obiettivo lo sviluppo di un atteggiamento rivolto ad accrescere il benessere, la salute e la qualità della vita della popolazione in un determinato territorio	16.4	Interventi ambientale a tema	120
A13	ATTIVITÀ CONSULENZA FUORI SEDE	Consulenza tecnico legale fuori sede su richiesta di altri servizi pubblici o privati	16.5	Prestazioni generali di prevenzione primaria	120
A14	INTERVENTO DI RETE FUORI SEDE	Azioni che si esplicano in una relazione con una rete di persone nell'individuazione di opportune strategie di fronteggiamento all'esterno del servizio	21.2	Attività di coordinamento/rete	120
A15	PRIMO COLLOQUIO (ACCOGLIENZA)	Colloquio con l'obiettivo di raccogliere tutte le informazioni utili a comprendere la situazione di disagio, ad attivare eventuali interventi d'urgenza a porre le basi delle successive strategie di intervento e verifica di conseguente presa in carico	5.7	Colloquio di assistenza sociale	60
A16	NON SI PRESENTA	Segnalazione di mancato appuntamento			Senza tempo standard
A17	DECISIONE D'EQUIPE	Registrazione delle decisioni prese nelle riunioni d'équipe su singolo caso			Senza tempo standard
A18	RIUNIONE RISTRATTA SU CASO	Riunione fra operatori del Ser.T. per caso clinico e/o passaggio di consegne	13.2	Riunione per caso clinico	15
A19	INFOMAZIONI IMPORTANTI	Segnalazioni di avvenimenti importanti relative al singolo paziente	2.99	Altre attività non previste relative al paziente	Senza tempo standard
A20	ATTIVITÀ TELEFONICA	Comprende attività telefonica in entrata ed in uscita riguardante il paziente. Comprende gli interventi di segretariato sociale effettuati telefonicamente	1.3	Management clinico telefonico	15

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
A21	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA A GRUPPO	Interventi di promozione della salute rivolti ad adolescenti e/o giovani ed adulti a vario titolo in contatto con tale fascia di popolazione effettuati negli istituti scolastici o altri contesti	16.1	Interventi sul territorio	120
A22	FORMAZIONE OPERATORI FUORI SEDE	Attività di formazione ed addestramento per operatori	23.1	Formazione come docente	Senza tempo standard
A23	RIUNIONI D'EQUIPE, DI AREA, DI COORDINAMENTO ECC.	Riunioni interne al servizio: incontri di programmazione, coordinamento, valutazione del processo	20.1	Riunioni interne	120
A24	COORDINAMENTO PROGETTO SPECIFICO	Attività di coordinamento di ricerca sociale	22.1	Attività di ricerca	Senza tempo standard
A25	REPORT STATISTICO	Elaborazione di elaborati statistici	24.2	Rapporti epidemiologici/relazioni scientifiche	Senza tempo standard
A26	RAPPORTI-RELAZIONI	Stesura relazioni inerente l'area epidemiologica, l'attività dell'unità operative ecc.	24.1	Rapporti/relazioni attività della struttura	Senza tempo standard
A27	COLLABORAZIONE EVENTI SPECIFICI	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	16.10	Gestione stand informativo	Senza tempo standard
A28	CONFERENZA/SEMINARIO/TAVOLE ROTONDE	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	16.8	Conferenza/seminario/tavola rotonda	Senza tempo standard
A29	PRODUZIONE MATERIALE INFORMATIVO	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	16.11	Produzione di materiale informativo	Senza tempo standard
A30	CERIFICATI	Qualsiasi certificato di area previsto dal Servizio	2.99	Certificazione e produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati	30
A31	SOMMINISTRAZIONE E VALUTAZIONE TEST	Comprende la somministrazione con valutazione di test questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico	11.7	Somministrazione/valutazione di test e questionari	60
A32	RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE DI GRUPPO	Interventi di assistenza ai gruppi di auto aiuto, conduzione di operatori	10.3	Riabilitazione psico sociale di gruppo	90
M01	VISITA INT. TOSS. DI CONTROLLO	Visita internistico-tossicologica di controllo	4.4	Visita medica (controllo)	30
M02	1ª VISITA INT. TOSS.	Visita internistico-tossicologica di valutazione prima della formulazione e/o modifica di un PT	4.1	Visita medica specialistica (1ª visita)	75
M03	1ª VISITA PSICHIATRICA	Visita psichiatrica di valutazione prima della formulazione e/o modifica di un PT	4.6	Visita psichiatrica (completa di esame obiettivo)	75
M04	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	Visita psichiatrica di controllo	5.5	Colloquio psichiatrico (controllo senza esame obiettivo psichiatrico)	60
M05	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	Psicoterapia individuale	8.1	Psicoterapia individuale	60
M06	PSICOTERAPIA FAMILIARE	Psicoterapia familiare	9.1	Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare	90
M07	CERTIFICAZIONE	Certificazione di vario tipo previste dal Servizio	2.99	Certificazione e produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati, senza visita	30

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
M08	RELAZIONE MEDICA SU CASI SPECIFICI	Relazione medica su casi specifici. Per es.: invio in ospedali, comunità, richieste da tribunali, ecc.	2.1	Relazioni scritte su singolo caso clinico, prodotte per l'esterno, senza visita	60
M09	INTERVENTI DI COUNSELING	Counseling farmacologico-infettivologico sul paziente	5.3	Colloquio per management clinico del paziente	30
M10	COUNSELING SUI FAMILIARI	Counseling sui familiari, se inseriti in un P.T. in atto o potenziale	5.4	Colloquio di consulenza a familiari	90
M11	COLLOQUIO MOTIVAZIONALE	Colloquio motivazionale con descrizione sintetica della finalità che si intende perseguire	5.2	Colloquio psicologico-clinico (counseling ecc.)	60
M12	COLLOQUIO INFORMATIVO	Colloquio informativo: rilascio di informazioni di carattere generale a paziente e/o familiari	5.6	Colloquio informativo	30
M13	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	Interventi psicoterapeutici sul gruppo, assistenza ai gruppi di auto-aiuto, conduzione di operatori...	10.1	Psicoterapia di gruppo (allargato, ristretto, familiare, multifamiliare...)	90
M14	VISITA DI CONSULENZA	Visita di consulenza su richiesta scritta da reparti ospedalieri	4.7	Visita in consulenza esterna	60
M15	VISITA DOMICILIARE	Visita medico-tossicologica e/o psichiatrica al domicilio fisso o provvisorio del paziente	4.8	Visita medica specialistica domiciliare	120
M16	ACCETTAZIONE/INVIO UTENTE ALTRO SER.T.	Accettazione da altro Ser.T.: visita internistico-tossicologica di utente in "appoggio" compresa di compilazione cartella clinica per anamnesi tossicologica	4.4	Visita internistico tossicologica di controllo	30
M17	INTERVENTO DI RETE IN SEDE	Incontro con la presenza di operatori di altri servizi coinvolti nel trattamento dei casi effettuato al servizio	21.1	Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza	60
M18	CONTROLLO TERAPIA	Prolungamento e/o modifica terapia senza accesso dell'utente al Servizio	1.3	Management clinico di paziente noto per contatto telefonico	15
M19	PREVENZIONE PRIMARIA A SINGOLI	Counseling per utenti non in carico	5.6	Colloquio informativo	30
M20	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA A GRUPPO	Interventi di prevenzione primaria a gruppi	16.4	Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)	120
M21	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA	Interventi sul territorio (scuole, parrocchie, circostrizioni, manifestazioni...)	16.1	Interventi sul territorio (scuole, parrocchie, circostrizioni, manifestazioni...)	120
M22	NON SI PRESENTA	Non si presenta all'orario fissato per l'appuntamento, né comunica con il servizio in tempo utile			Senza tempo standard
M23	DECISIONE D'EQUIPE	Discussione su utenti in carico in sede di équipe per formalizzare le decisioni prese sul caso			Senza tempo standard
M24	INFORMAZIONI IMPORTANTI	Informazioni importanti (es.: modifica dati dello storico durante l'anno)	2.99	Comprende diverse relazioni e/o informazioni sul caso	Senza tempo standard
M25	ATTIVITÀ TELEFONICA	Attività telefonica "significativa"	1.2	Counseling telefonico (psicologico, sociale, medico...)	15
M26	INTERVENTO DI RETE FUORI SEDE	Incontro con la presenza di operatori di altri servizi coinvolti nel trattamento dei casi effettuato al di fuori del servizio	21.2		120
M27	RIUNIONE RISTRETTA SU CASO CLINICO	Riunione ristretta fra professionisti del Ser.T. per discutere di un caso clinico o per passaggio consegne scritte	13.2	Riunione per caso clinico	15
M28	SUPERVISIONE DI GRUPPO	Supervisione di gruppo	10.2	Supervisione del gruppo/formazione operatori	120
M29	PRESCRIZIONE ESAMI	Prescrizione esami di laboratorio, con sintetica descrizione	2.2	Prescrizione esami/ricetta/copia esami/esenzione ticket...	5
M30	RICETTAZIONE MEDICA	Si segna se non ci sono altre prestazioni	2.2	Prescrizioni esami/ricette/copia esami	5
M31	SOMMINISTRAZIONE DI QUESTIONARI	Somministrazione, valutazione di test, questionari atti a comprendere il singolo caso clinico	11.7	Somministrazione/valutazione di questionari (generico)	60

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
M32	RIUNIONE D'ÉQUIPE, DI AREA, DI COORDINAMENTO ECC.	Riunioni generali interne al servizio: incontri di programmazione, coordinamento, verifica, revisione...	20.1	Riunioni interne	120
M33	ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO RICERCA/PROGETTI SPECIFICI	Attività di coordinamento ricerca e/o progetti specifici	22.1	Altre attività non previste	Senza tempo standard
M34	RAPPORTI/RELAZIONI	Relazioni attività statistica, di attività ecc.	24.1	Stesura di rapporti/relazioni di attività operativa	Senza tempo standard
M35	ATTIVITÀ DI FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO OPERATORI	Formazione operatori	23.1	Formazione come docente	Senza tempo standard
M36	CONSULENZA OPERATORI ESTERNI	Incontro di consulenza informativa e/o orientativa inerente l'area della tossicodipendenza (non centrata su i casi in trattamento) richiesta da operatori di servizio, associazioni, insegnanti o singole persone effettuata al servizio o in altra sede	16.6		60
IP01	COUNSELLING SUL PAZIENTE (ATTIVITÀ DI SUPPORTO AL PAZIENTE PUNTO 12 SESIT)	Attività di aiuto rivolto al paziente	12.3	Comprende tutti quegli atti finalizzati all'appuntamento di risorse specifiche per le azioni di reinserimento e supporto sociale del paziente (attività lavorative, ricreative, contributi economici, reperimento alloggi ecc.)	30
IP02	COUNSELLING SUI FAMILIARI	Informazioni specifiche sulla modalità di affidamento farmaci, informazioni riguardanti patologie correlate alla tossicodipendenza, specifiche sul comportamento da tenere nei confronti del paziente, sostegno del familiare coinvolto nell'assistenza/progetto anche solo con la fase dell'ascolto	5.6	Colloquio di consulenza a familiari	30
IP03	COLLOQUIO MOTIVAZIONALE	Colloquio centrato sulle motivazioni al cambiamento, ricerca del dato di realtà e le possibili strategie da attuare al fine del ben-essere; anche colloquio congiunti con altre figure professionali	5.9	Colloquio socio-educativo motivazionale	30
IP04	COLLOQUIO INFORMATIVO	Informazioni relative alla organizzazione del servizio o altri servizi APSS, scambio di informazioni (idee, fatti, pensieri, sentimenti ed emozioni) con l'utente	5.6	Colloquio informativo	30
IP05	RIUNIONE DI ÉQUIPE, AREA, DI COORDINAMENTO	Riunioni generali interne al servizio: incontri di programmazione, coordinamento, verifica revisione, plenarie	20.1	Riunioni interne (senza la presenza dell'utente)	120
IP06	ACCETTAZIONE UTENTE	Processo di accettazione di un utente incidente/rientrante/appoggio. Comprende la visita di accoglienza, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, alcolico, tossicologico, infermieristico, controlli di monitoraggio	4.5	Valutazione IP Assessment/triage	45
IP07	TEST URINARI	Esecuzione test urinari per ricerca sostanze stupefacenti in laboratorio, Test di gravidanza (escluso costo test)	6.4	Raccolta urine per esami di laboratorio	10
IP08	SOMMINISTRAZIONE FARMACI	Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia) (escluso costo farmaci)	7.1	Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)	10
IP09	AFFIDO FARMACO	Affido del farmaco	7.2	Consegna/affidamento terapia orale	15
IP10	MEDICAZIONE	Medicazione di ferita	6.14	Medicazione di ferita	20
IP11	CONTROLLO PARAMETRI VITALI	Misurazione parametri vitali	6.9	Test di funzionalità del SNA (F.C.e P.A.: 5 prove)	15
IP12	TERAPIA INTRAMUSCOLARE	Iniezione intramuscolo	6.17	Iniezione intramuscolo	10
IP13	ASSISTENZA VISITA INTERNISTICA	Assistenza IP al medico durante la visita internistico-tossicologica prima della formulazione e/o modifica di un PT	12.4	Assistenza IP al medico durante la visita internistico-tossicologica prima della formulazione e/o modifica di un PT	30
IP14	ASSISTENZA VISITA GINECOLOGICA	Assistenza IP al consulente specialista (vedi ginecologo) esterno alla struttura	12.5	Assistenza IP al consulente specialista (vedi ginecologo)	30

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
IP15	RACCOLTA INVIO MATERIALE BIOLOGICO	Raccolta invio materiale biologico	6.19	Raccolta invio materiale biologico	10
IP16	MONITORAGGIO/INDUZIONE TERAPIA	Colloquio/valutazione centrale esclusivamente sull'andamento della terapia	4.5	Valutazione IP Assessment/triage	45
IP17	NON SI PRESENTA				Senza tempo standard
IP18	INTERVENTI DI RETE	Incontri/interventi riunione fatte assieme ad altre figure professionali del ns. servizio e/o esterne al Ser.T.	21.1	Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza. Interventi di verifica/monitoraggio persone in trattamento	60
IP19	DECISIONE D'ÉQUIPE				Senza tempo standard
IP20	INFORMAZIONI IMPORTANTI	Comprende informazioni p.es. ricovero ospedaliero, comunicazioni importanti tra servizi in entrata ed in uscita	2.99	Comprende diverse relazioni e/o informazioni sul caso	Senza tempo standard
IP21	ATTIVITÀ TELEFONICA	Attività telefonica in entrata e in uscita riguardante il paziente	1.2	Counselling telefonico	15
IP22	TEST DEL CAPELLO	Inserimento esito test in Ippocrate	6.22	Raccolta campione per esame del capello	10
IP23	RIUNIONE PER CASO CLINICO		13.2	Riunione per caso clinico (tra operatori gruppo ristretto) senza utente? In Sesit è descritto con l'utente	15
IP24	CONTATTI CON TERZI PER MANAGEMENT PAZIENTE	Fax di appoggio terapia presso servizi APSS e altri Ser.T. (compresi telefonate ed invio cartaceo)	1.3	Management clinico telefonico di paziente (utente già conosciuto/in carico; compresi contatti con terzi per la gestione del paziente e colloqui telefonici con familiari)	15
IP25	PRELIEVO VENOSO		6.1	Prelievo venoso in ambulatorio	10
IP26	INIEZIONE ENDOVENOSA		6.10	Iniezione endovenosa	10
IP27	FLEBOCLISI		6.11	Fleboclisi	15
IP28	ESECUZIONE TEST PER SOSTANZE IN SEDE	Esecuzione test urine pronto in reparto	6.18	Esecuzione test per sostanze stupefacenti su urine	10
IP29	VACCINAZIONE ESECUZIONE DIRETTA		7.3	Vaccinazione esecuzione diretta	10
IP30	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO VACCINAZIONE		7.4	Programmazione e controllo vaccinazione Esami pre e post	5
IP31	ATTIVITÀ DI FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO OPERATORI	Formazione operatori	23.1	Formazione come docente	Senza tempo standard
IP32	INTERVENTI DIDATTICI		16.1	Interventi sul territorio (scuole, C.I.C, su gruppi ecc.)	120
IP33	SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI		11.7	Somministrazione/valutazione di questionari (generico)	60
IP34	ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO RICERCA/PROGETTI SPECIFICI	p.es. Plenarie	22.1	Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)	Senza tempo standard
IP35	RAPPORTI/RELAZIONI ATTIVITÀ	Carichi di lavoro, statistica, relazioni per incarichi individuali ecc.	24.1	Rapporti/relazioni attività della struttura	Senza tempo standard

Cod. inter.	Prestazione	Descrizione	Cod. SESIT	Descrizione SESIT	Tempo min.
IP36	RELAZIONI SUL CASO	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2.2	Prescrizioni esami/ricetta per noi infermieri - COPIA ESAMI	5
IP37	ASSISTENZA 1ª VISITA PSICHIATRICA	Assistenza IP alla 1ª visita psichiatrica	12.4	Assistenza IP alla 1ª visita psichiatrica	30
IP38	ASSISTENZA VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	Assistenza IP visita psichiatrica di controllo	12.4	Assistenza IP visita psichiatrica di controllo	30
IP39	ASSISTENZA VISITA INT. TOSSICOLOGICA DI CONTROLLO	Assistenza IP visita tossicologica di controllo	12.4	Assistenza IP visita tossicologica di controllo	30
IP40	ATTIVITÀ ACCOMPAGNAMENTO	Riguarda le attività di accompagnamento del paziente presso le strutture di diagnosi e cura p.es. Pronto Soccorso, Psichiatria	3.1	Riguarda le attività di accompagnamento del paziente presso le strutture di diagnosi e cura p.es. Pronto Soccorso, Psichiatria	30
IP41	PREDISPOSIZIONE/REVISIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO INDIVIDUALE E NEGOZIAZIONE TERAPEUTICA	Riguarda l'elaborazione e la stesura del programma di cura individuale con il coinvolgimento dell'utente e della rete familiare/sociale che lo supporta	13.99	Sicura progetto e negoziazione concordati con l'utente e con la sua famiglia	30
IP42	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA A GRUPPO	Interventi di prevenzione primaria a gruppi	16.4	Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)	120
IP43	INTERVENTO DI RETE FUORI SEDE	Interventi sul territorio presso scuole, CIC ecc. per incontro operativo (informativo e/o di programmazione)	16.6	Incontro operativo p.es. con insegnanti	60

Allegato 3. Tempi standard e costi del personale delle prestazioni erogate dal Servizio per le Tossicodipendenze

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
P01	Riunione interna	Riunione organizzativa/metodologia prevista dal Servizio (équipe multiprofessionale, équipe monoprofessionale, incontri gruppi di lavoro, incontri di programmazione/valutazione attività, incontri di coordinamento)	120,00	0,79	94,64
P02	Colloquio clinico individuale	Colloquio clinico a carattere valutativo o di sostegno psicologico effettuato al Servizio o presso altre strutture (carcere, Enti Accreditati) rivolto a pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio, loro familiari	60,00	0,79	47,32
P03	Psicoterapia individuale	Colloquio di psicoterapia effettuato al Servizio o presso altre strutture (carcere, Enti Accreditati) rivolto a pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio, loro familiari	60,00	0,79	47,32
P04	Colloquio clinico di coppia	“Colloquio clinico, a carattere valutativo o di sostegno psicologico, effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a coppie con uno o entrambi i membri tossicodipendenti o in condizione di rischio; a genitori di pazienti tossicodipendenti o di soggetti a rischio”	90,00	0,79	70,98
P05	Psicoterapia di coppia	“Colloquio di psicoterapia effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a coppie con uno o entrambi i membri tossicodipendenti o in condizione di rischio; a genitori di pazienti tossicodipendenti o di soggetti a rischio”	90,00	0,79	70,98
P06	Colloquio clinico familiare	Colloquio clinico a carattere valutativo o di sostegno psicologico effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a nuclei familiari, o parti di esso, con pazienti tossicodipendenti o soggetti a rischio	90,00	0,79	70,98
P07	Psicoterapia familiare	Colloquio di psicoterapia effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a nuclei familiari, o parti di esso, con pazienti tossicodipendenti o soggetti a rischio	90,00	0,79	70,98
P08	Colloquio clinico congiunto	Colloquio clinico a carattere valutativo o di sostegno psicologico condotto da due professionisti anche appartenenti a profili professionali differenti, effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati) rivolto a soggetti individuali o nuclei familiari	60,00	0,79	47,32
P10	Intervento di gruppo	Intervento di conduzione di gruppo composto da pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio o familiari effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati)	90,00	0,79	70,98
P11	Psicoterapia di gruppo	Intervento di psicoterapia di gruppo composto da pazienti tossicodipendenti, soggetti a rischio o familiari effettuato al Servizio o presso altre strutture (Enti Accreditati)	90,00	0,79	70,98
P12	Somministrazione test psicologico proiettivo e della personalità	Somministrazione di test psicologico proiettivo o della personalità	150,00	0,79	118,30
P13	Somministrazione test psicologici autodescrittivi	Somministrazione di test psicologico autodescrittivo	60,00	0,79	47,32
P14	Consulenza individuale operatori esterni	Incontro di consulenza informativa e/o orientativa inerente l'area della tossicodipendenza (non centrata su casi in trattamento) richiesta da singole persone (operatori dei servizi o di associazioni, insegnanti) effettuata al Servizio o in altra sede	60,00	0,79	47,32
P15	Consulenza di gruppo operatori esterni (perché non può rientrare negli interventi di gruppo P10)	Incontro consulenza informativa e/o orientativa inerente l'area della tossicodipendenza (non centrata su casi in trattamento) richiesta da gruppi di persone (operatori dei servizi o di associazioni, insegnanti) effettuata al Servizio o in altra sede	120,00	0,79	94,64

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
P16	Rapporti	Stesure relazione inerente l'area epidemiologica, l'attività dell'unità operativa, ecc.	Senza tempo standard		
P17	Interventi didattici	"Interventi didattici (d'aula) all'interno dell'Azienda; attività di formazione e/o supervisione rivolta a colleghi e/o tirocinanti del Servizio (attività di tutor)"	Senza tempo standard		
P18	Elaborazione refertazione test psicologici proiettivi e della personalità	Elaborazione/refertazione del test somministrato	Senza tempo standard		
P19	Elaborazione refertazione test autodescrittivi	Elaborazione/refertazione del test somministrato	Senza tempo standard		
P20	Riunione ristretta su caso clinico	Confronto diretto o telefonico fra operatori del Servizio attivi sul caso	15,00	0,79	11,83
P21	Intervento di rete fuori sede	Incontro con la presenza di operatori di altri Servizi coinvolti nel trattamento di un caso effettuato al fuori sede	120,00	0,79	94,64
P22	Relazioni	Certificazione di vario tipo previste dal Servizio (Noa, trattamento in corso, ecc.)	60,00	0,79	47,32
P23	Intervento di rete in sede	Incontro con la presenza di operatori di altri Servizi coinvolti nel trattamento di casi effettuato al Servizio	60,00	0,79	47,32
P24	Relazione psicologiche su casi specifici	Relazioni cliniche su casi in trattamento, stesura del profilo psicologico	60,00	0,79	47,32
P25	Non si presenta	Registrazione della mancata effettuazione della prestazione programmata	Senza tempo standard		
P26	Consulenza (counseling) psicologica	"Colloquio informativo e/o orientativo rivolto a pazienti in trattamento e/o loro familiari; (a soggetti e/o loro familiari con problematiche inerenti il consumo abusivo di sostanze effettuato al Servizio)"	30,00	0,79	23,66
P27	Decisione d'équipe	Sintetica descrizione della decisione dell'équipe multidisciplinare	Senza tempo standard		
P28	Informazioni importanti	Registrazione di informazioni significative inerenti la situazione del soggetto in trattamento	Senza tempo standard		
P29	Attività telefonica	Registrazione di telefonate in entrata o in uscita inerente il soggetto in trattamento	15,00	0,79	11,83
P30	Interventi di Prevenzione Primaria	Interventi di promozione della salute rivolti a adolescenti e/o giovani o ad adulti a vario titolo in contatto con tale fascia di popolazione effettuati negli Istituti Scolastici (Insegnanti, genitori) o altri contesti (iniziative promosse dagli enti comunali, associazioni sportive, culturali o del volontariato ecc.)	120,00	0,79	94,64
P31	Colloquio di accoglienza	Colloquio rivolto a pazienti rientranti e incidenti, a familiari di soggetti tossicodipendenti e/o a rischio effettuato su invio dell'accettazione infermieristica	30,00	0,79	23,66
P32	Coordinamento di progetto specifico	Attività di ricerca	Senza tempo standard		
A1	SEGRETARIATO SOCIALE IN SEDE	Qualunque attività di informazione sulla situazione delle risorse e dei Servizi pubblici a disposizione dei cittadini oltreché sulle modalità per accedervi ed utilizzare correttamente in rapporto alle esigenze da soddisfare	60,00	0,31	18,49
A2	INTERVENTO DI PREVENZIONE SOCIALE	Prestazioni che hanno come obiettivo lo sviluppo di un atteggiamento rivolto ad accrescere il benessere, la salute e la qualità della vita delle persone	60,00	0,31	18,49
A3	ATTIVITÀ DI CONSULENZA IN SEDE	Consulenza tecnica e legale. Incontro con altri operatori di servizi	60,00	0,31	18,49

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
A4	INTERVENTI DI RETE IN SEDE	Azioni che si esplicano in una relazione con una rete di persone nell'individuazione di opportune strategie di fronteggiamento	60,00	0,31	18,49
A5	COLLOQUIO CONSULENZA E VALUTAZIONE UTENZA	Modalità verbale ed interattiva di raccolta dati sul singolo individuo finalizzata alla comprensione di un problema, di cosa lo determina e di cosa può essere cambiato per risolverlo o ridurlo	60,00	0,31	18,49
A6	COLLOQUIO CONSULTAZIONE/ VALUTAZIONE RETE FAMILIARE	Modalità verbale ed interattiva di raccolta dati sul sistema familiare finalizzata alla comprensione di un problema, di cosa lo determina e di cosa può essere cambiato per risolverlo o ridurlo	90,00	0,31	27,74
A7	COLLOQUIO SOSTEGNO/ RIABILITAZIONE UTENZA	Modalità verbale ed interattiva verso l'utente con cui si indicano tutte quelle attività e quelle relazioni sia formali, sia informali che aiutano gli individui a soddisfare i loro bisogni supportandoli nelle motivazioni al cambiamento e sostenendo modelli di ruolo e di identità sociale	60,00	0,31	18,49
A8	COLLOQUI SOSTEGNO/ RIABILITAZIONE RETE FAMILIARE	Modalità verbale ed interattiva verso la famiglia con cui si indicano tutte quelle attività e quelle relazioni sia formali, sia informali che aiutano gli individui a soddisfare i loro bisogni supportandoli nelle motivazioni al cambiamento e sostenendo modelli di ruolo e di identità sociale	60,00	0,31	18,49
A9	VISITA DOMICILIARE	Strumento della relazione d'aiuto utilizzato in occasione di interventi svolti presso il domicilio dell'utente, istituti penitenziari, C.T. reparto ospedaliero casa alloggio	120,00	0,31	36,99
A10	INTERVENTI DITTATICI IN SEDE	Attività formativa di direzione e di controllo condotta da esperti nei confronti di allievi tirocinanti o di professionisti già inseriti in ambito lavorativo	Senza tempo standard		
A11	RELAZIONI	Strumento di documentazione specifico del servizio sociale utilizzato con l'obiettivo di trasmettere informazioni relative all'utenza	60,00	0,31	18,49
A12	INTERVENTI PREVENZIONE/ PROMOZIONE SOCIALE FUORI SEDE	Prestazioni che hanno come obiettivo lo sviluppo di un atteggiamento rivolto ad accrescere il benessere, la salute e la qualità della vita della popolazione in un determinato territorio	120,00	0,31	36,99
A13	ATTIVITÀ CONSULENZA FUORI SEDE	Consulenza tecnico legale fuori sede su richiesta di altri servizi pubblici o privati	120,00	0,31	36,99
A14	INTERVENTO DI RETE FUORI SEDE	Azioni che si esplicano in una relazione con una rete di persone nell'individuazione di opportune strategie di fronteggiamento all'esterno del servizio	120,00	0,31	36,99
A15	PRIMO COLLOQUIO (ACCOGLIENZA)	Colloquio con l'obiettivo di raccogliere tutte le informazioni utili a comprendere la situazione di disagio, ad attivare eventuali interventi d'emergenza a porre le basi delle successive strategie di intervento e verifica di conseguente presa in carico	60,00	0,31	18,49
A16	Non si presenta	Segnalazione di mancato appuntamento	Senza tempo standard		
A17	Decisione d'équipe	Registrazione delle decisioni prese nelle riunioni d'équipe su singolo caso	Senza tempo standard		
A18	RIUNIONE RISTRATTA SU CASO	Riunione fra operatori del Ser.T. per caso clinico e/o passaggio di consegne	15,00	0,31	4,62
A19	Informazioni importanti	Segnalazioni di avvenimenti importanti relative al singolo paziente	Senza tempo standard		
A20	ATTIVITÀ TELEFONICA	Comprende attività telefonica in entrata ed in uscita riguardante il paziente. Comprende gli interventi di segretariato sociale effettuati telefonicamente	15,00	0,31	4,62
A21	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA A GRUPPO	Interventi di promozione della salute rivolti ad adolescenti e/o giovani ed adulti a vario titolo in contatto con tale fascia di popolazione effettuati negli istituti scolastici o altri contesti	120,00	0,31	36,99

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
A22	FORMAZIONE OPERATORI FUORI SEDE	Attività di formazione ed addestramento per operatori	Senza tempo standard		
A23	RIUNIONI D'EQUIPE, DI AREA, DI COORDINAMENTO ECC.	Riunioni interne al servizio: incontri di programmazione, coordinamento, valutazione del processo	120,00	0,31	36,99
A24	Coordinamento di progetto specifico	Attività di coordinamento di ricerca sociale	Senza tempo standard		
A25	REPORT STATISTICO	Elaborazione di elaborati statistici	Senza tempo standard		
A26	RAPPORTI-RELAZIONI	Stesura relazioni inerente l'area epidemiologica, l'attività dell'unità operative ecc.	Senza tempo standard		
A27	COLLABORAZIONE EVENTI SPECIFICI	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	Senza tempo standard		
A28	CONFERENZA/SEMINARIO/ TAVOLE ROTONDE	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	Senza tempo standard		
A29	PRODUZIONE MATERIALE INFORMATIVO	Comprende tutti gli interventi sul territorio comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	Senza tempo standard		
A30	CERIFICATI	Qualsiasi certificato di area previsto dal Servizio	30,00	0,31	9,25
A31	SOMMINISTRAZIONE E VALUTAZIONE TEST	Comprende la somministrazione con valutazione di test questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico	60,00	0,31	18,49
A32	RIABILITAZIONE PSICO SOCIALE DI GRUPPO	Interventi di assistenza ai gruppi di auto aiuto, conduzione di operatori	90,00	0,31	27,74
M01	VISITA INT. TOSS. DI CONTROLLO	Visita internistico-tossicologica di controllo	30,00	1,13	33,97
M02	1ª VISITA INT. TOSS.	Visita internistico-tossicologica di valutazione prima della formulazione e/o modifica di un PT	75,00	1,13	84,92
M03	1ª VISITA PSICHIATRICA	Visita psichiatrica di valutazione prima della formulazione e/o modifica di un PT	75,00	1,13	84,92
M04	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	Visita psichiatrica di controllo	60,00	1,13	67,93
M05	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	Psicoterapia individuale	60,00	1,13	67,93
M06	PSICOTERAPIA FAMILIARE	Psicoterapia familiare	90,00	1,13	101,90
M07	CERTIFICAZIONE	Certificazione di vario tipo previste dal Servizio	30,00	1,13	33,97
M08	RELAZIONE MEDICA SU CASI SPECIFICI	Relazione medica su casi specifici. Per es.: invio in ospedali, comunità, richieste da tribunali, ecc.	60,00	1,13	67,93
M09	INTERVENTI DI COUNSELING	Counseling farmacologico-infettivologico sul paziente	30,00	1,13	33,97
M10	COUNSELING SUI FAMILIARI	Counseling sui familiari, se inseriti in un PT in atto o potenziale	90,00	1,13	101,90
M11	COLLOQUIO MOTIVAZIONALE	Colloquio motivazionale con descrizione sintetica della finalità che si intende perseguire	60,00	1,13	67,93
M12	COLLOQUIO INFORMATIVO	Colloquio informativo: rilascio di informazioni di carattere generale a paziente e/o familiari	30,00	1,13	33,97
M13	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	Interventi psicoterapeutici sul gruppo, assistenza ai gruppi di auto-aiuto, conduzione di operatori...	90,00	1,13	101,90
M14	VISITA DI CONSULENZA	Visita di consulenza su richiesta scritta da reparti ospedalieri	60,00	1,13	67,93

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
M15	VISITA DOMICILIARE	Visita medico-tossicologica e/o psichiatrica al domicilio fisso o provvisorio del paziente	120,00	1,13	135,87
M16	ACCETTAZIONE/INVIO UTENTE ALTRO SER.T.	Accettazione da altro Ser.T.: visita internistico-tossicologica di utente in "appoggio" compresa di compilazione cartella clinica per anamnesi tossicologica	30,00	1,13	33,97
M17	INTERVENTO DI RETE IN SEDE	Incontro con la presenza di operatori di altri servizi coinvolti nel trattamento dei casi effettuato al servizio	60,00	1,13	67,93
M18	CONTROLLO TERAPIA	Prolungamento e/o modifica terapia senza accesso dell'utente al Servizio	15,00	1,13	16,98
M19	PREVENZIONE PRIMARIA A SINGOLI	Counseling per utenti non in carico	30,00	1,13	33,97
M20	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA A GRUPPO	Interventi di prevenzione primaria a gruppi	120,00	1,13	135,87
M21	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA	Interventi sul territorio (scuole, parrocchie, circoscrizioni, manifestazioni...)	120,00	1,13	135,87
M22	NON SI PRESENTA	Non si presenta all'orario fissato per l'appuntamento, né comunica con il servizio in tempo utile	Senza tempo standard		
M23	DECISIONE D'EQUIPE	Discussione su utenti in carico in sede di équipe per formalizzare le decisioni prese sul caso	Senza tempo standard		
M24	INFORMAZIONI IMPORTANTI	Informazioni importanti (es.: modifica dati dello storico durante l'anno)	Senza tempo standard		
M25	ATTIVITÀ TELEFONICA	Attività telefonica "significativa"	15,00	1,13	16,98
M26	INTERVENTO DI RETE FUORI SEDE	Incontro con la presenza di operatori di altri servizi coinvolti nel trattamento dei casi effettuato al di fuori del servizio	120,00	1,13	135,87
M27	Riunione ristretta su caso clinico	Riunione ristretta fra professionisti del Ser.T. per discutere di un caso clinico o per passaggio consegne scritte	15,00	1,13	16,98
M28	Supervisione di gruppo	Supervisione di gruppo	120,00	1,13	135,87
M29	PRESCRIZIONE ESAMI	Prescrizione esami di laboratorio, con sintetica descrizione	5,00	1,13	5,66
M30	RICETTAZIONE MEDICA	Si segna se non ci sono altre prestazioni	5,00	1,13	5,66
M31	Somministrazione di questionari	Somministrazione, valutazione di test, questionari atti a comprendere il singolo caso clinico	60,00	1,13	67,93
M32	Riunione d'équipe, di area, di coordinamento ecc.	Riunioni generali interne al servizio : incontri di programmazione, coordinamento, verifica, revisione...	120,00	1,13	135,87
M33	Attività di coordinamento ricerca/progetti specifici	Attività di coordinamento ricerca e/o progetti specifici	Senza tempo standard		
M34	Rapporti/Relazioni	Relazioni attività statistica, di attività ecc.	Senza tempo standard		
M35	Attività di formazione ed addestramento operatori	Formazione operatori	Senza tempo standard		
M36	Consulenza operatori esterni	Incontro di consulenza informativa e/o orientativa inerente l'area della tossicodipendenza (non centrata su i casi in trattamento) richiesta da operatori di servizio, associazioni, insegnanti o singole persone effettuata al servizio o in altra sede	60,00	1,13	67,93
IP01	Counseling sul paziente (attività di supporto al paziente punto 12 sesit)	Attività di aiuto rivolto al paziente	30,00	0,42	12,59

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
IP02	Counselling su i familiari	Informazioni specifiche sulla modalità di affidamento farmaci, informazioni riguardanti patologie correlate alla tossicodipendenza, specifiche sul comportamento da tenere nei confronti del paziente, sostegno del familiare coinvolto nell'assistenza/progetto anche solo con la fase dell'ascolto	30,00	0,42	12,59
IP03	Colloquio motivazionale	"Colloquio centrato sulle motivazioni al cambiamento, ricerca del dato di realtà e le possibili strategie da attuare al fine del ben-essere; anche colloquio congiunti con altre figure professionali"	30,00	0,42	12,59
IP04	Colloquio informativo	Informazioni relative alla organizzazione del servizio o altri servizi APSS, scambio di informazioni (idee, fatti, pensieri, sentimenti ed emozioni) con l'utente	30,00	0,42	12,59
IP05	Riunione di équipe, area, di coordinamento	Riunioni generali interne al servizio: incontri di programmazione, coordinamento, verifica revisione, plenarie	120,00	0,42	50,36
IP06	Accettazione utente	Processo di accettazione di un utente incidente/rientrante/appoggio. Comprende la visita di accoglienza, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, alcologico, tossicologico, infermieristico, controlli di monitoraggio	45,00	0,42	18,89
IP07	Test urinari	Esecuzione test urinari per ricerca sostanze stupefacenti in laboratorio, Test di gravidanza (escluso costo test)	10,00	0,42	4,20
IP08	Somministrazione farmaci	Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia) (escluso costo farmaci)	10,00	0,42	4,20
IP09	Affido farmaco	Affido del farmaco	15,00	0,42	6,30
IP10	Medicazione	Medicazione di ferita	20,00	0,42	8,39
IP11	Controllo parametri vitali	Misurazione parametri vitali	15,00	0,42	6,30
IP12	Terapia intramuscolare	Iniezione intramuscolo	10,00	0,42	4,20
IP13	Assistenza visita internistica	Assistenza IP al medico durante la visita internistico-tossicologica prima della formulazione e/o modifica di un PT	30,00	0,42	12,59
IP14	Assistenza visita ginecologica	Assistenza IP al consulente specialista (vedi ginecologo) esterno alla struttura	30,00	0,42	12,59
IP15	Raccolta invio materiale biologico	Raccolta invio materiale biologico	10,00	0,42	4,20
IP16	Monitoraggio/induzione terapia	Colloquio/valutazione centrate esclusivamente sull'andamento della terapia	45,00	0,42	18,89
IP17	Non si presenta		Senza tempo standard		
IP18	Interventi di rete	Incontri/interventi riunione fatte assieme ad altre figure professionali del ns. servizio e/o esterne al Ser.T.	60,00	0,42	25,18
IP19	Decisione d'équipe		Senza tempo standard		
IP20	Informazioni importanti	Comprende informazioni p.es. ricovero ospedaliero, comunicazioni importanti tra servizi in entrata ed in uscita	Senza tempo standard		
IP21	Attività telefonica	Attività telefonica in entrata e in uscita riguardante il paziente	15,00	0,42	6,30
IP22	Test del capello	Inserimento esito test in Ippocrate	10,00	0,42	4,20
IP23	Riunione per caso clinico		15,00	0,42	6,30
IP24	Contatti con terzi per management paziente	Fax di appoggio terapia presso servizi APSS e altri Ser.T. (compresi telefonate ed invio cartaceo)	15,00	0,42	6,30
IP25	Prelievo venoso		10,00	0,42	4,20

<i>Cod. inter.</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tempo min.</i>	<i>Costo standard min.</i>	<i>Quota costo personale</i>
IP26	Iniezione endovenosa		10,00	0,42	4,20
IP27	Fleboclisi		15,00	0,42	6,30
IP28	Esecuzione test per sostanze in sede	Esecuzione test urine pronto in reparto	10,00	0,42	4,20
IP29	Vaccinazione esecuzione diretta		10,00	0,42	4,20
IP30	Programmazione e controllo vaccinazione		5,00	0,42	2,10
IP31	Attività di formazione ed addestramento operatori	Formazione operatori	Senza tempo standard		
IP32	Interventi didattici		120,00	0,42	50,36
IP33	Somministrazione questionari		60,00	0,42	25,18
IP34	Attività di coordinamento ricerca/progetti specifici	p.es. Plenarie	Senza tempo standard		
IP35	Rapporti/relazioni attività	Carichi di lavoro, statistica, relazioni per incarichi individuali ecc.	Senza tempo standard		
IP36	Relazioni sul caso	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	5,00	0,42	2,10
IP37	Assistenza 1ª visita psichiatrica	Assistenza IP alla 1ª visita psichiatrica	30,00	0,42	12,59
IP38	Assistenza visita psichiatrica di controllo	Assistenza IP visita psichiatrica di controllo	30,00	0,42	12,59
IP39	Assistenza visita int. tossicologica di controllo	Assistenza IP visita tossicologica di controllo	30,00	0,42	12,59
IP40	Attività accompagnamento	Riguarda le attività di accompagnamento del paziente presso le strutture di diagnosi e cura p.es. Pronto Soccorso, Psichiatria	30,00	0,42	12,59
IP41	Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione Terapeutica	Riguarda l'elaborazione e la stesura del programma di cura individuale con il coinvolgimento dell'utente e della rete familiare/sociale che lo supporta	30,00	0,42	12,59
IP42	Interventi di prevenzione primaria a gruppo	Interventi di prevenzione primaria a gruppi	120,00	0,42	50,36
IP43	Intervento di rete fuori sede	Interventi sul territorio presso scuole, CIC ecc. per incontro operativo (informativo e/o di programmazione)	60,00	0,42	25,18

Nota. Il costo standard per qualifica si riferisce all'anno 2005.

Allegato 4. Elenco dei costi considerati per il calcolo della quota forfetaria dei costi di produzione delle prestazioni erogate dal Servizio per le Tossicodipendenze

<i>Categoria</i>	<i>Raggruppamento conto</i>	<i>Descrizione conto</i>
ALTRI COSTI	Altri Costi	Oneri personale borsista e tirocinante
ALTRI COSTI	Altri Costi	Indennità e rimborso spese ai Rev. dei Conti
ALTRI COSTI	Altri Costi	Altri costi generali
ALTRI COSTI	Altri Costi	Altri oneri diversi di gestione
ALTRI COSTI	Consulenze sanitarie	Compensi a infermieri ed altro personale convenz.
ALTRI COSTI	Consulenze sanitarie	Incarichi e consulenze sanitarie a esterni
ALTRI COSTI	Formazione ed aggiornamento del pers.	Oneri qualif. ed agg. obbl. del pers. non dir. gest. APSS
ALTRI COSTI	Formazione ed aggiornamento del pers.	Oneri qualif. ed agg. facolt. del pers. non gest. APSS
ALTRI COSTI	Manutenzioni ordinarie	Manut. in appalto sistemi informatici hardware
ALTRI COSTI	Manutenzioni ordinarie	Manut. in appalto sistemi informatici software
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni responsabilità civile auto
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Altre assicurazioni responsab. civile
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicuraz per danni diretti (furto, incendio, ecc.)
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni kasco dipendenti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni infortuni
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Assicurazioni altri rischi
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Servizi bancari
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Affitti passivi
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Tasse rifiuti
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Imposte di registro, ipotecarie e catastali
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Imposte di bollo
ALTRI COSTI	Oneri fiscali, assicurativi e diversi	Tasse di concessione, d'esercizio e similari
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto servizi di mensa
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto servizi di pulizia
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto centrale termica e riscaldamento
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto smaltimento rifiuti, scorie
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Appalto servizi elaborazione dati
ALTRI COSTI	Servizi appaltati	Altri servizi in appalto
ALTRI COSTI	Spese generali	Canoni di leasing operativo finanziati contrib. in c/capital
ALTRI COSTI	Spese generali	Canoni di noleggio altre apparecchiature
ALTRI COSTI	Spese generali	Costi per servizi di comunicazione istituzionale (garante)
ALTRI COSTI	Spese generali	Spese postali
ALTRI COSTI	Spese generali	Abbonamenti a quotidiani e periodici
ALTRI COSTI	Spese generali	Spese notarili e legali
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Spese e canoni telefonici
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Energia elettrica e forza motrice
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Acqua
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Gas
ALTRI COSTI	Utenze e combustibili	Canoni abbonamento RAI-TV, similari
AMMORTAMENTI	Altri beni	Macchine ordinarie da ufficio
AMMORTAMENTI	Altri beni	Macchine d'ufficio elettroniche comprese attrezzature inform.
AMMORTAMENTI	Altri beni	Attrezzature tecnico economali
AMMORTAMENTI	Altri beni	Altri beni strumentali
AMMORTAMENTI	Attrezzature sanitarie	Attrezzature sanitarie
AMMORTAMENTI	Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	Concessioni, licenze, marchi e diritti simili
AMMORTAMENTI	Diritti di brevetto industr. e di utilizz. opere di ingegno	Software di proprietà
AMMORTAMENTI	Fabbricati	Fabbricati a destinazione sanitaria
AMMORTAMENTI	Mobili e arredi	Mobili e arredi
CONSUMI	Altro materiale di consumo	Altro materiale di consumo
CONSUMI	Cancelleria, stampati e supporti meccanografici	Cancelleria e stampati e supporti meccanogr.
CONSUMI	Materiale di lavanderia, pulizia, stireria e guardaroba	Materiale lavand., pulizia, stireria e guardaroba
CONSUMI	Materiale didattico e audiovisivo	Materiale didattico ed audiovisivo
CONSUMI	Medicinali e prodotti farmaceutici	Medicinali e prodotti farmaceutici
CONSUMI	Prodotti alimentari	Prodotti alimentari
CONSUMI	Scorte economali e altro materiale d'uso	Scorte economali ed altro materiale d'uso
PERSONALE	Incarichi Lib. Prof. - Sanitari	INCARICO LIB. PROF. - MEDICO
PERSONALE	Incarichi Lib. Prof. - Sanitari	INCARICO LIB. PROF. - PSICOLOGO
PERSONALE	Incarichi Lib. Prof. - Sanitari	INCARICO LIB. PROF. - PERS. INFERMIERISTICO
PERSONALE	Personale del Ruolo Amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
PERSONALE	Personale del Ruolo Amministrativo	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
PERSONALE	Personale del Ruolo Sanitario	DIRETTORE MEDICO
PERSONALE	Personale del Ruolo Tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO

Nota. L'elenco fa riferimento ai conti alimentati in contabilità analitica nel corso dell'anno 2004. Si evidenzia che queste voci possono variare a seconda degli anni.

Nota. Il raggruppamento dei conti Medicinali e prodotti farmaceutici viene considerato al fine della quota forfetaria solo per la parte non relativa ai trattamenti farmacologici sostitutivi. Dato che il costo dei trattamenti farmacologici sostitutivi varia notevolmente a seconda della tipologia somministrata si è ritenuto opportuno prevedere l'addebito per questi del costo specifico per la determinazione dei costi di produzione delle prestazioni del Servizio per le Tossicodipendenze.



Teresa Albano, Lolita Gulimanoska

IN-DIPENDENZA
Un percorso verso l'autonomia
Manuale sugli aspetti
eziopatogenetici, clinici
e psicopatologici delle dipendenze
 Con test on line per gli studenti

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Manuali, direttore scientifico: Alfio Lucchini
 pp. 368, € 32,00 – Cod. 231.2.4 (U)

Cos'è la dipendenza? Come riconoscere la dipendenza patologica e come affrontarla?

Teresa Albano e Lolita Gulimanoska hanno voluto compiere una riflessione sulla nosografia e sui meccanismi eziologici e patogenetici delle dipendenze. L'opera che ne è sorta è stata suddivisa in due volumi.

In questo primo volume sono raccolti i contributi dei maggiori esperti italiani nel campo delle dipendenze patologiche e sono espone le determinanti sulle quali si anima attualmente il dibattito scientifico e istituzionale in materia di dipendenze e di stili di consumo patologici. Vengono offerti validi stimoli critici per una riflessione integrata nell'ottica bio-psico-sociale ed interdisciplinare fondamentale per la riorganizzazione dei servizi. Il libro è di ampio

respiro culturale e fornisce risposte alle domande degli studenti e degli operatori che desiderano fornirsi di strumenti adeguati per riconoscere e classificare le dipendenze. Ma è utile anche a chi, per varie ragioni, si trova ad affrontare le trappole insite nel processo della dipendenza patologica.

Nel secondo volume, accademici e studiosi di fama internazionale, con una lunga esperienza clinica nel campo delle addiction, proporranno dei percorsi di in-formazione sulle attuali pratiche terapeutiche e preventive riguardo alle nuove forme patologiche (la dipendenza affettiva, lo shopping compulsivo, il gioco d'azzardo, la dipendenza da lavoro, le IAD) e a quelle che siamo soliti classificare come dipendenze da sostanze (la tossicodipendenza, l'alcoldipendenza, la farmacodipendenza).

Visitando il sito www.francoangeli.it e accedendo all'Area Università si può disporre dell'allegato didattico multimediale con test di autovalutazione per gli studenti.

Teresa Albano, psicologa, insegna Psicologia delle Dipendenze presso la Facoltà di Psicologia "La Sapienza" di Roma. È didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma. Formatrice in ambito socio-sanitario, docente e progettista di corsi di formazione rivolti a operatori di settore.

Lolita Gulimanoska, psicologa clinica, cultore della materia presso la Cattedra di Psicologia delle Dipendenze della Facoltà di Psicologia "La Sapienza" di Roma e presidente dell'Associazione "Igea.Psi-Associazione Italiana per la Salute e la Prevenzione Psicologica". Ha pubblicato diversi lavori sull'argomento tra i quali *Peer Educator Club* con M.G. Cancrini (Scione, Roma, 2003).



Claudia Montanari, Carmela Longo

L'integrazione pluralistica
nelle tossicodipendenze
 Percorsi formativi e terapeutici

Collana: Dipendenze – coordinata da Massimo Clerici
 pp. 240, € 21,00 – Cod. 306.12 (V)

Intento del volume è proporre un percorso che coniughi riflessione teorica e suggerimenti pratici per l'intervento nell'ambito di un *approccio terapeutico pluralistico integrato* alla cura delle tossicodipendenze.

Il presupposto fondamentale che sottende tutta la trattazione è che, all'interno di un'équipe, il lavoro di *tutti* gli operatori deve avere una *valenza terapeutica*; per questo, dopo un attento approfondimento del concetto di "tossicodipendenza", particolare attenzione è

riservata alla descrizione dell'integrazione tra il livello clinico di intervento e quello organizzativo-manageriale, che è spesso limitante per l'agire degli operatori.

Inoltre, un'importante novità che caratterizza il testo è rappresentata dalle numerose considerazioni riservate al vissuto degli operatori, sia a livello intrapsichico sia relazionale.

La riflessione teorica è corredata da strumenti utili all'impostazione del piano di intervento: schede operative, tabelle riassuntive, box per l'auto-formazione e per la supervisione.

Il testo si rivolge quindi essenzialmente a coloro che operano nel campo delle tossicodipendenze, nel pubblico e nel privato, facilitando la formazione continua e l'integrazione delle competenze professionali, non solo all'interno dei servizi per la cura delle tossicodipendenze, ma anche tra i differenti servizi che si occupano della tutela della salute mentale della persona.

Claudia Montanari è psicoterapeuta didatta e responsabile della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Umanistica Integrata dell'ASPIC (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità) di Roma. È presidente dell'Università Popolare ASPIC.

Carmela Longo è psicoterapeuta, psicologa dirigente presso l'Unità Operativa Dipendenze Patologiche dell'ASL BN1.

Il MMG e la cura del dipendente da sostanze: un dovere etico tra scienza e legislazione. L'esperienza di Pescara

Progetto Obiettivo Regionale per le Tossicodipendenze e l'Alcolodipendenza AUSL Pescara - Servizio per le Tossicodipendenze

*Pietro Fausto D'Egidio**, *Nadia Della Torre***

In molti paesi europei tra cui la Francia, la Germania, la Scozia, i medici di medicina generale svolgono ormai da anni un ruolo importante nella cura della eroinopatia. La loro azione ha permesso in Scozia di porre un argine sostanziale alla diffusione della infezione da HIV.

L'Italia ha un sistema di intervento per la cura dei dipendenti da oppiacei costituita dai Ser.T. e dagli enti ausiliari che con le comunità, le unità di strada, i drop-in e comunque con una articolata e polimorfa offerta di servizi, da almeno 25 anni ha pressoché l'esclusiva nella cura di questa patologia. Questa modalità di approccio ha avuto così modo di crescere sia culturalmente che con una ricca e lunga esperienza e oggi, nonostante le scarse risorse che il Paese ha riservato finora al settore ed il mancato adeguamento della normativa ai mutati bisogni del territorio, rappresenta un sicuro punto di riferimento per la comunità. Purtroppo questa articolazione del sistema dei servizi sul territorio non ha trovato corrispondenza in un adeguato impegno dei medici di medicina generale che, fin dall'aprile del 1993, in esito al referendum, hanno avuto la piena legittimazione alla cura delle patologie da dipendenza, quelle che Franco Rotelli definisce le patologie della libertà. A tale proposito, nella pur contestata circolare del Ministero della Sanità del settembre 1993 si può leggere: "... quando si tratta di terapie farmacologiche, l'alternativa rimane oggettivamente limitata tra il SERT (o altre strutture pubbliche individuate dalle regioni) ed il medico di fiducia, scelto dal paziente nell'ambito degli elenchi di medicina generale, ...".

Rimane l'evidenza che in Italia, da quella data, pochi medici si sono attivati per curare i loro pazienti: oltre a qualche caso sporadico ci sono state solo poche esperienze significative in alcune realtà dove un forte impegno etico di alcune volontà convergenti, di solito di medici di medicina generale e di operatori dei Ser.T., hanno messo in atto sperimentazioni che, comunque, fanno fatica ad entrare nella routine operativa.

Tra queste segnaliamo l'esperienza di Trieste e anche quella di Pescara: nella nostra realtà dal gennaio 2001 al giugno 2004 sono state realizzate 37.049 giornate di assistenza per 119 pazienti, con la azione congiunta di 46 medici di medicina generale, il Ser.T. e l'ente ausiliario CLED (*Mission 9/2004*, pp. 9-12).

Il progetto ora accennato aveva già dimostrato come un'azione di cura che vede un ruolo centrale del medico di medicina generale ed un ruolo di struttura specialistica di secondo livello del Ser.T. avesse una forte capacità di ritenzione in trattamento dei pazienti, dei quali il 60% era stato messo nella condizione di

svolgere, ed aveva effettivamente svolto, un'attività lavorativa. Inoltre in quel programma il tempo libero da malattia (misurato dalla percentuale di negatività nella ricerca dei cataboliti delle sostanze psicotrope e stupefacenti) era risultato essere dell'86% di 37.049 giorni pari a 31.892 giorni. Vale la pena di sottolineare che 31.892 giorni liberi da malattia significano, tra l'altro:

- da 32.000 a 100.000 somministrazioni e.v. evitate, con i conseguenti rischi di patologie internistiche, infettive e psichiatriche evitate;
- da 800.000 a oltre 2.500.000 di euro sottratti al mercato illegale, con la conseguente diminuzione di furti, scippi, rapine e patologia sociale.

Infine quel progetto aveva potuto mettere in evidenza che i costi di questa modalità di cura erano inferiori a quelli della cura realizzata esclusivamente nella struttura specialistica.

Partendo dai confortanti risultati della nostra prima esperienza, dal 9 gennaio 2006 abbiamo riavviato questo progetto di collaborazione con i medici di medicina generale. L'obiettivo generale del progetto è quello di far entrare nel lavoro ordinario degli oltre 200 medici di medicina generale del nostro territorio l'attività di cura della eroinopatia e di qualificare sempre di più la funzione del Ser.T. quale struttura specialistica di riferimento. Raggiungere come risultato questo obiettivo significherebbe anche contribuire a ridurre lo stigma sociale che ancora attanaglia le nostre "patologie della libertà" e a far crescere il capitale sociale del nostro territorio: soprattutto daremmo una risposta concreta ai bisogni del territorio. Questo perché la diffusione dell'uso di eroina è in grande crescita come testimoniato anche dall'incremento esponenziale dei sequestri, e parimenti sono in aumento le persone bisognose di cure sempre più specifiche e complesse, dato anche la diffusione straordinaria dell'uso contemporaneo di droghe eccitanti.

La realtà del nostro territorio è caratterizzata dalla presenza di un solo Ser.T., che quindi può assistere solo una parte della popolazione dipendente da eroina, sia per il numero sempre crescente dei soggetti affetti dalla patologia, sia per la reale dimensione del Servizio, che ha limiti soprattutto strutturali. Molti pazienti, poi, vivono in zone molto distanti dal Ser.T.: questo li costringe a viaggi che rendono difficoltoso l'inserimento lavorativo o il mantenimento dell'occupazione. Ci sono poi altri problemi, presenti anche in tanti altri Servizi italiani, quali il fatto che nei pressi del Ser.T. si realizza una concentrazione di soggetti tossicodipendenti, circostanza che favorisce lo spaccio di metadone e di altre sostanze e che sollecita la condivisione di comportamenti a rischio, come l'abuso di alcolici. Il persistere di queste situazioni crea inoltre disagio e proteste da parte dei cittadini residenti nelle zone limitrofe al Servizio.

* *Direttore*, ** *Medico*.

AUSL Pescara, Servizio per le Tossicodipendenze.

Noi ci attendiamo che tale progetto possa favorire la definizione puntuale di questa attività sul tavolo della contrattazione regionale decentrata per il contratto dei medici di medicina generale. Il problema della tossicodipendenza, condiviso nella fase della cura con l'inserimento del medico di medicina generale, viene così affrontato con un respiro più ampio e, offrendo una importante risorsa terapeutica complessiva e ampliata, può dare pertanto un'ulteriore risposta anche ai bisogni particolari, spesso trascurati. Prima e durante la stesura del nuovo progetto sono stati invitati alla riflessione e alla discussione l'Ordine dei Medici della Provincia di Pescara, i Sindacati dei MMG, i vertici della ASL, il Prefetto, il Sindaco, l'Assessore alla Sanità, le Farmacie. Proprio su queste ultime va posto un accento particolare per sottolineare come esse, nella persona del Presidente dell'Ordine e di molti farmacisti, abbiano mostrato ampi spazi di collaborazione dinamica in questa attività.

L'attuale progetto è partito più agevolmente rispetto al precedente, sia per la valutazione degli errori compiuti nel passato, che per la già avviata collaborazione con diversi medici di medicina generale, i quali hanno già superato la comprensibile fase iniziale di timore e resistenza. Ulteriori contatti sono in corso con gli altri medici del territorio interessato, ai quali già è stato spedito un plico contenente una relazione esplicativa sul progetto in corso, nonché i risultati di quello precedente.

I colleghi che vi hanno aderito possono prendersi cura solo dei pazienti che risultano essere loro assistiti, fermo restando che i pazienti inviati alla loro attenzione terapeutica devono essere residenti nella città di Pescara da almeno dodici mesi. La ricetta settimanale del metadone viene retribuita nella misura di 15 Euro; la consulenza tossicologica viene inviata ai medici in busta chiusa tramite i pazienti stessi o, se presente, per mezzo di un familiare referente. I soggetti in trattamento sono tenuti a sottoporsi a controlli tossicologici urinari a cadenza mensile e a rivalutazione medica con la stessa periodicità.

Sono forniti al medico i numeri di telefono e di fax, i nomi di diversi Operatori del Ser.T., i fogli di modulistica: ciò perché essi possano tenersi sempre in contatto con il Servizio ed essere quindi continuamente supportati dalla Struttura, dalla quale non devono mai sentirsi "abbandonati".

I pazienti possono usufruire di un supporto psicologico, offerto tutte le mattine e in due pomeriggi (il martedì e il giovedì), e viene loro assicurato il controllo dello stato di salute generale mediante l'effettuazione di prelievi ematochimici presso il Ser.T.

Per seguire correttamente e monitorare con continuità le attività legate al progetto è stato creato un sistema di raccolta dati (figg. 1, 2), usando come base il software per la gestione delle attività denominato Proteus (*Mission 4/2002*, pp. 39-42), che permette di avere in ogni momento una visione globale o particolare di ogni fase dell'intervento.

La valutazione del progetto, di processo e finale del progetto è stata affidata a noti professionisti del settore.

I primi dati riferiti alle attività svolte dal 9 gennaio al 31 marzo sono soddisfacenti (tab. 1).

Tab. 1 - Affidamento ai medici di medicina generale. Periodo di osservazione: 09.01.2006 - 31.03.2006 (giorni 82)

N. affidamenti nel periodo:	104
Totale generale giorni di affidamento	5.627
Dosaggio giornaliero medio di metadone	66
Femmine	16
Maschi	88
Età mediana	35
Counselling e terapia psicologica	37 pazienti per 74 sedute

C'è stata una buona adesione dei medici di medicina generale: dei 42 colleghi che partecipano fino ad oggi 19 sono di Pescara, 9 di Montesilvano e 14 dei paesi limitrofi. Questo documenta una buona risposta del territorio nel suo complesso e la possibilità di soddisfare anche le esigenze dei pazienti che vivono lontani dal Ser.T. Pur tuttavia solo pochi colleghi (sono 16) dispongono di un fax e/o di un indirizzo di posta elettronica, la cui disponibilità facilita molto la comunicazione tra il servizio e lo studio medico.

Molti pazienti hanno accolto questa nuova offerta terapeutica positivamente.

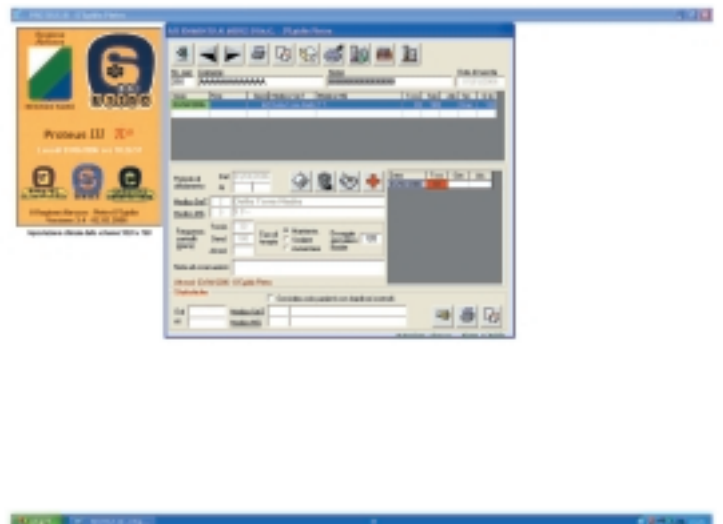
Non abbiamo avuto problemi di sorta nella spedizione delle ricette nelle farmacie che sarà resa ancora più agevole con la introduzione delle confezioni con una concentrazione del farmaco al 5 per mille.

Molti medici ancora non collaborano poiché, per alcuni, c'è un senso di allarme generato non tanto dalla lettura della nuova "legge Fini" quanto dal tam tam mediatico che lo ha commentato e che speriamo presto si risolva.

Fig. 1



Fig. 2



Pur tuttavia la su citata legge, promulgata dal Parlamento nel mese di febbraio 2006, ha introdotto una serie di modiche normative che è possibile leggere sul Supplemento Ordinario n.62 della G.U. del 15 marzo 2006 ove è stato pubblicato il testo aggiornato del DPR 309/90 (vedi www.federserd.it).

All'art. 43, comma 5 si legge:

5. La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14, qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei o di alcooldipendenza, è effettuata utilizzando il ricettario di cui al comma 1 nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo. La persona alla quale sono consegnati in affidamento i medicinali di cui al presente comma è tenuta ad esibire a richiesta la prescrizione medica o il piano terapeutico in suo possesso.

All'art. 122 si legge:

1. Il servizio pubblico per le tossicodipendenze e le strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, compiuti i necessari accertamenti e sentito l'interessato, che può farsi assistere da un medico di fiducia autorizzato a presenziare anche agli accertamenti necessari, definiscono un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato che può prevedere, ove le condizioni psicofisiche del tossicodipendente lo consentano, in collaborazione con i centri di cui all'articolo 114 e avvalendosi delle cooperative di solidarietà sociale e delle associazioni di cui all'articolo 115, iniziative volte ad un pieno inserimento sociale attraverso l'orientamento e la formazione professionale, attività di pubblica utilità o di solidarietà sociale. Nell'ambito dei programmi terapeutici che lo prevedono, possono adottare metodologie di disassuefazione, nonché trattamenti psico-sociali e farmacologici adeguati. Il servizio per le tossicodipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente.

2. Il programma viene formulato nel rispetto della dignità della persona, tenendo conto in ogni caso delle esigenze di lavoro e di studio e delle condizioni di vita familiare e sociale dell'assuntore.

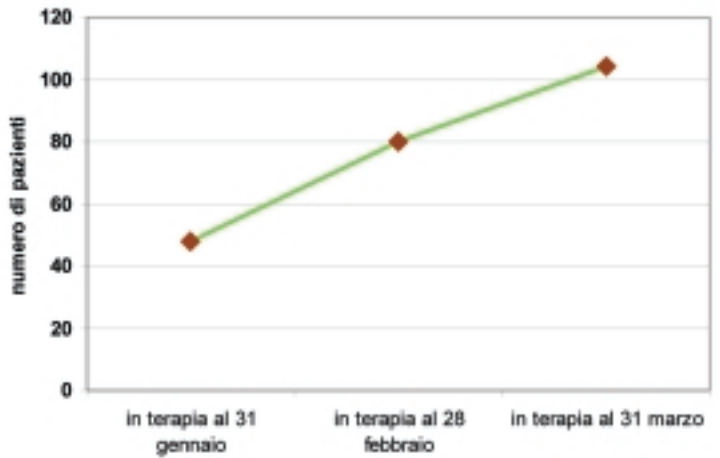
3. Il programma è attuato presso strutture del servizio pubblico o presso strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116 o, in alternativa, con l'assistenza del medico di fiducia.

La lettura di queste disposizioni non ha ancora una interpretazione univoca e vengono da alcuni esperti interpretati nel senso che il Ser.T. o le strutture autorizzate predispongono il programma terapeutico ed il medico di medicina generale effettua le prescrizioni ivi indicate.

Speriamo che si faccia presto chiarezza. Inoltre bisogna segnalare che c'è stata una certa difficoltà ad organizzare corsi di formazione specifici perché la programmazione della formazione per i medici di medicina generale non prevedeva una sessione su queste problematiche.

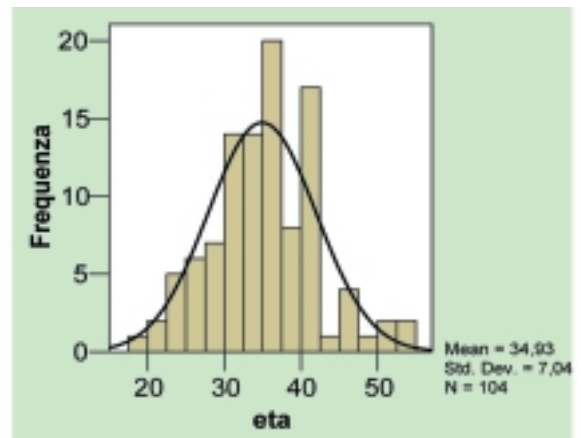
I pazienti in terapia (graf. 1) aumentano in misura costante. La loro accettazione e il loro gradimento nei confronti di questa nuova modalità di cura non è univoca. Alcuni pazienti preferiscono recarsi al Ser.T. piuttosto che dal loro medico curante per svariate ragioni tra cui non far conoscere la loro condizione al di fuori del servizio, o anche per la comodità di non dover recarsi prima dal medico curante e poi in farmacia.

Graf. 1 - Pazienti in terapia

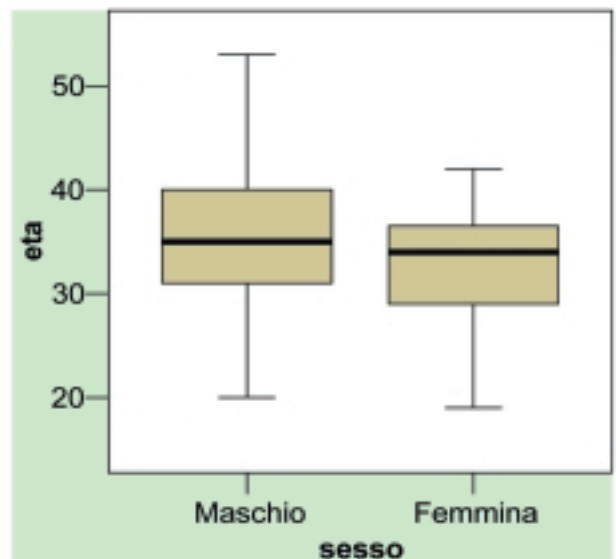


L'età mediana (graf. 2) dei pazienti in trattamento è di 35 anni, più bassa di 3 anni rispetto alla età mediana dei pazienti in trattamento presso il Ser.T. con metadone cloridrato sciroppo e non presenta sostanziali differenze tra i sessi (graf. 3).

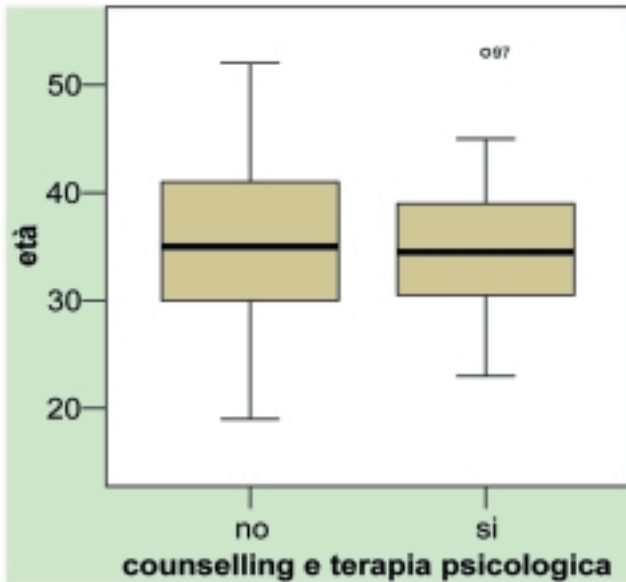
Graf. 2 - Età dei pazienti in trattamento



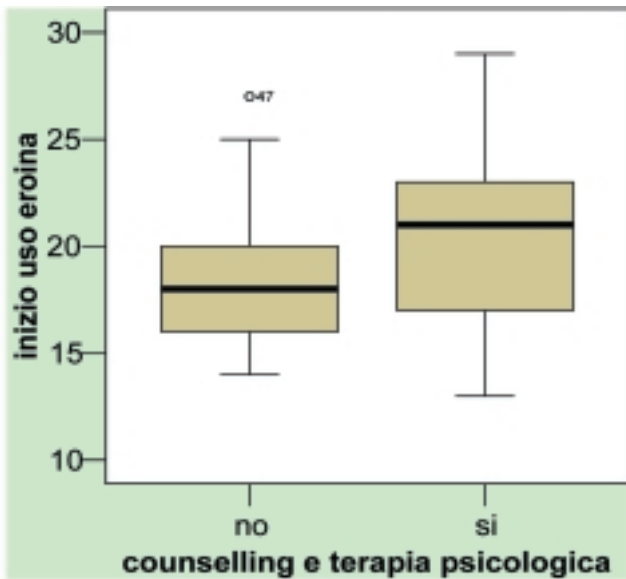
Graf. 3 - Età dei pazienti in trattamento in rapporto al sesso



Graf. 4 - Età in rapporto alla adesione al counselling psicologico



Graf. 5 - Età di inizio dell'uso di eroina in rapporto alla adesione al counselling psicologico



A tutti i pazienti vengono somministrati all'ingresso in terapia due test, l'SCL-90 e il TCI; riteniamo invece che il counselling sociale e psicologico e la psicoterapia possono essere solo un'offerta del Servizio e mai un obbligo per il paziente. Le modalità di offerta di questi importanti presidi terapeutici sono molto delicate ed esse sono state proposte in maniera sistematica a tutti i pazienti dal 1 febbraio. Periodicamente poi si effettuano verifiche sulle modalità di invio che ci hanno permesso di migliorare la accettazione delle stesse. In 2 mesi 37 pazienti hanno scelto

di fare un primo colloquio con lo psicologo il quale ha effettuato 74 sedute di counselling e/o di psicoterapia.

Nella valutazione di processo di questa attività abbiamo potuto osservare che i pazienti che accolgono più favorevolmente l'offerta di un counselling psicologico sono coloro che, pur se più giovani (graf. 4), hanno iniziato l'uso di eroina da più tempo (graf. 5). Il dato ci appare interessante e meritevole di ulteriori approfondimenti.

È doveroso, scrivendo di questo progetto, evidenziare come esso rivaluti la centralità del medico di medicina generale nel vasto e crescente campo delle tossicodipendenze, riconosciuta anche dalla normativa vigente. Questa centralità deve passare attraverso una informazione specifica e continua nel tempo, deve venire valorizzata in termini di incentivazione economica, deve essere regolamentata da modelli di assistenza condotti in cooperazione con altre figure professionali e altre strutture, deve infine essere puntualmente verificata e, al bisogno, riaffermata. Il nostro progetto quindi studia, propone, mette in pratica, discute, verifica un modello assistenziale che integra il medico di medicina generale e il Ser.T. al fine di offrire alla persona con problemi di tossicodipendenza un'ampia offerta di cura.

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

È importante arricchire anche culturalmente questa interazione fra Ser.T. e medico di medicina generale, affinché questi ultimi siano collocati all'interno di una medicina olistica e intesa secondo una visione umanistica, capace per questo di accrescere le esperienze professionali attraverso la conoscenza e l'impatto costante con la realtà territoriale, culturale e sociale della nostra Provincia. Non va dimenticato che, a volte, il medico di medicina generale ha un'ampia conoscenza del contesto familiare e sociale in cui i suoi pazienti vivono e può quindi accorgersi subito se un suo assistito ha iniziato ad usare sostanze o se eventuali suoi cambiamenti comportamentali, magari riportati dai familiari, siano da verificare sotto il profilo tossicologico: nel nostro campo la rapidità dell'intervento è spesso fondamentale per la riuscita del trattamento.

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

D'altronde, i medici di medicina generale non possono più ignorare che la T.D. è ormai diffusa in tutti gli strati sociali e che il suo allargarsi continuo obbliga inevitabilmente ad abbandonare atteggiamenti di intolleranza, di riparazione difensiva o, ancora peggio, di giudizio morale: nel momento in cui un uomo o una donna chiedono al loro medico di essere curati per la T.D., siano più o meno condivisibili e accettabili o moralmente condannabili i comportamenti fin lì adottati, questi deve ricordare che non è deontologicamente corretto rifiutare l'intervento terapeutico.

Aprile 2006

Puglia

FeDerSerD e SITD, Regione Puglia, organizzano un corso monotematico IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO DELL'ALCOLDIPENDENZA
Hotel Majesty, Bari – Venerdì 16 giugno 2006

L'American Society of Addiction Medicine nel 1990 ha definito l'alcolismo una malattia, non un sintomo di altre condizioni, ad andamento cronico e caratterizzata dall'incapacità di controllare la compulsione a bere, dalla polarizzazione ideativa sull'alcol, dall'uso dell'alcol nonostante il manifestarsi delle conseguenze dell'assunzione, da distorsioni cognitive.

Lo sviluppo e il mantenimento dell'alcoldipendenza, disturbo multidimensionale e sistemico, sono determinati in modo complesso e in misura diversa da fattori genetici e neurobiologici (vulnerabilità psicobiologica, effetto gratificante e incentivo dell'alcol, tolleranza, astinenza e craving), psichici e relazionali (carenze di personalità, situazioni emotive e relazionali negative, stress, disturbi psichiatrici e di personalità), sociali, culturali e ambientali (disponibilità e rappresentazioni sociali dell'alcol, gruppo sociale di riferimento incentivante, difficoltà sociali e condizioni conflittuali interpersonali e familiari).

Il Trattamento Riabilitativo Integrato (TRI) è basato sulla concezione che l'alcoldipendenza è una "malattia sociale" che crea disturbi fisici, psicologici e psichiatrici e problemi relazionali e sociali nell'individuo, nella famiglia e nel sistema sociale; gli interventi sono rivolti alla cura delle patologie correlate, alla riabilitazione psicosociale dell'alcoldipendente e al coinvolgimento del nucleo familiare e della comunità sociale come individui, gruppi e collettività (sistemi di aiuto informali, quasi formali e formali).

Il TRI come programma globale, combina elementi del trattamento della dipendenza da alcol e del trattamento dei disturbi psichiatrici, è gestito in un'unica struttura da professionisti esperti in entrambi i settori e unificato secondo la metodologia del management del caso.

I risultati attesi del TRI sono: l'alleanza terapeutica e l'adesione ai programmi riabilitativi, l'astinenza dall'alcol, il miglioramento del disagio interno e relazionale, il controllo dei disturbi dell'umore e d'ansia, dell'impulsività, dei disturbi percettivi e cognitivi e degli aspetti disadattativi, l'adattamento dei meccanismi di difesa, la diminuzione delle crisi e delle conflittualità interne e relazionali, il benessere psicofisico e relazionale ed infine l'adattamento nelle aree di vita individuale, familiare e sociale.

La valutazione dell'andamento e dell'esito del TRI è attuata mediante l'analisi di indicatori di risultato (outcome): uso di alcol e

di altre sostanze psicoattive, grado di astinenza e di craving, episodi di intossicazione, disturbi psicopatologici, patologie correlate, comportamenti a rischio, periodi di astinenza, grado di adesione ai programmi riabilitativi, efficienza nelle attività lavorative e scolastiche, tipologia delle crisi familiari, relazioni interpersonali positive, gruppo sociale di riferimento, autovalutazione dei risultati e del grado di soddisfazione e valutazione dei risultati da parte dell'équipe pluriprofessionale del servizio di alcolgia.

Referenti Corso: Roberto Cataldini (FeDerSerD Puglia) e Gaetano Deruvo (SITD Puglia)

Programma

- ore 8.45 Registrazione partecipanti
- ore 9.30 Marcello Nardini
Il Trattamento Riabilitativo Integrato dell'Alcoldipendenza
Introduzione
- ore 10.00 Felice Nava
La neurobiologia del disturbo da alcol: attualità e prospettive
- ore 11.00 Confronto e Dibattito
- ore 11.15 Coffee Break
- ore 11.30 Ezio Manzato
Il trattamento riabilitativo integrato:
I - Gli aspetti generali
II - La diagnosi
III - Le terapie farmacologiche
- ore 13.30 Confronto e dibattito
- ore 13.45 Lunch
- ore 14.45 Ezio Manzato
Il trattamento riabilitativo integrato
IV - La psicoterapia del disturbo da alcol
V - Il setting operativo e la valutazione
- ore 16.15 Esperienze di trattamento integrato in Italia
- ore 17.00 Confronto e dibattito
- ore 17.30 Compilazione e Consegna Questionario ECM

Informazioni

Segreteria organizzativa: Segreteria Nazionale Federserd - Expo Point - Organizzazione Congressi Eventi - via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (CO) - tel. 031/748814 - fax 031/751525 - e-mail federserd@expopoint.it.

Partecipazione: professionisti operanti nelle dipendenze patologiche del servizio pubblico e del privato sociale.

Crediti ECM: Il Convegno è stato accreditato secondo la normativa ECM per le qualifiche professionali di medico chirurgo - psicologo - infermiere professionale - assistente sanitario - educatore professionale.

Quota di partecipazione: iscritti Federserd e SITD - € 30,00; non iscritti Federserd e SITD, € 50,00.

L'iscrizione al convegno per motivi organizzativi è necessario avvenga direttamente alla segreteria organizzativa entro il 5 giugno 2006.

Patrocini richiesti: Regione Puglia, Provincia di Bari, Comune di Bari, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bari, Ordine Psicologi della Regione Puglia, Ordine assistenti Sociali, Collegi IPASVI della Regione Puglia, ASL Regione Puglia.

Sempre dalla Puglia il referente regionale Roberto Cataldini comunica la definizione di Corsi sul "Disturbo Bipolare e Disturbo da Uso di Sostanze", insieme ad AILAS e SITD Puglia, che si svolgeranno nel corso del 2006.

È stata inoltre formalmente istituita la Conferenza Permanente della Puglia tra Università e Società Scientifiche, che dovrà operare per superare le notevoli difformità di approcci e linee di pensiero esistenti in Puglia, nonché per giungere a una migliore espressione del settore in Regione.

Inoltre Cataldini comunica con soddisfazione che è in via di approvazione il regolamento elettorale utile per le votazioni del direttivo Puglia di FeDerSerD, che si concretizzerà in un convegno regionale a dicembre.

Campania

Nominato il Comitato tecnico-scientifico regionale della Federazione.

Coordinatore: Bruno Aiello; componenti Pietro Scurti, Marina Di Vito, Giuseppe Esposito, Alfonso Ciaramella, Ferdinando Del Vecchio, Gilberto Di Petta.

FeDerSerD Regione Campania annuncia dal 19 al 21 ottobre a Capri il Congresso regionale della Federazione.

Infine è con orgoglio che si segnala la nomina di Filomena Romano, membro del direttivo regionale di FeDerSerD, a direttore sanitario della ASL di Salerno 2.

Sicilia

Giorgio Serio e Guido Faillace sono i coordinatori scientifici di "Updates in medicina delle farmacotossicodipendenze: Corso di Aggiornamento sulla terapia con Buprenorfina nelle dipendenze da oppiacei" che si terranno il 4 ottobre a Taormina, il 5 ottobre a Gela, il 6 ottobre a Trapani.

I corsi, rivolti a medici, vedono la presenza come relatori dei più noti professionisti del settore della Sicilia.

Il programma scientifico prevede un'intensa giornata di lavoro.

Accreditato ECM.

Segreteria organizzativa: Segreteria Nazionale Federserd - Expo Point - Organizzazione Congressi Eventi - via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (CO) - tel. 031/748814 - fax 031/751525 - e-mail federserd@expopoint.it.

Congresso Tematico Nazionale di Alcologia

Primo Annuncio

Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista

Sanremo, 20-22 settembre 2006 - Palafiori

Il Congresso si articola in sessioni plenarie e parallele, seminari e workshop

Sessione I - Tavola rotonda

Stato dell'arte dei trattamenti terapeutici e riabilitativi

Sessione II

Alcol, poliabuso e psichiatria

Sessione III

Programmi riabilitativi residenziali: aspetti clinici, terapeutici e riabilitativi

Sessione IV

Diagnosi

Sessione V

Trattamenti farmacologici

Sessione VI

Alcol e dipendenze comportamentali

Sessione VII

Psicoterapie

Sessione VIII

Organizzazione dei Servizi territoriali per l'alcolologia: compiti dello Stato e delle Regioni

Seminario

Alcol e mondo della notte

Workshop 1

Trattamento riabilitativo dell'Alcoldipendenza - Modellistica

Workshop 2

I Servizi per le Dipendenze e le pratiche di disintossicazione

Le relazioni saranno seguite da una discussione gestita dai chairmen, con interventi del pubblico

Sono stati invitati noti esperti italiani e stranieri ed esponenti degli organismi istituzionali. Saranno allestiti:

- Spazio Poster
- Stand per presentare materiali e audiovisivi
- Spazio editoriale

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa - EXPO POINT
via Matteotti, 3 - Mariano Comense (CO)
tel. 031/748814 - Fax 031/751525
e-mail: federserd@expopoint

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2006 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
INDIRIZZO (personale) _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
TITOLO DI STUDIO _____
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
SPECIALIZZAZIONE _____
POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
INDIRIZZO (lavorativo) _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
PUBBLICAZIONI _____
ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE _____
PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO _____
AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO _____
INTERESSI CULTURALI _____

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2006
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2006
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / 2006 Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____



Sede legale: V.le Matteotti 72, 58100 Grosseto

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (Presidente),
Guido Faillace (Vicepresidente),
Pietro Fausto D'Egidio (Segretario esecutivo),
Alessandro Coacci (Past president),
Luciana Bacci, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,
Eduardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

Claudio Leonardi (coordinatore),
Ezio Manzato (coordinatore),
Giorgio Serio (coordinatore),
Bruno Aiello, Clara Baldassarre, Roberto Calabria,
Cesare Di Carlo, Michele Ferdico, Gilberto Gerra,
Fabio Mariani, Vincenzo Marino, Antonio Mosti,
Felice Nava, Pier Paolo Pani