

TRATTAMENTI

Coordinatori: Lovaste Raffaele, Saletti Achille

Partecipanti al gruppo: Augusto Consoili, Vittorio Foschini, Giovanni Graco, Giuseppe Iraci, Ezio Manzato, Franco Marcomini, Marcello Musio, Claudio Leonardi, Raimondo Pavarin, Valentino Patussi, Vincenzo Sorce, Roberto Pirastu, Vincenzo Leone, Francesco Vismara, Associazione Papa Giovanni XXIII.

Indice:

Contesto e criticità

Criteri di classificazione dei pazienti

Metodologia di costruzione dei percorsi di trattamento

Trattamenti possibili

Contesto e criticità

In questi anni l'evoluzione del fenomeno "tossicodipendenza" e dei servizi deputati al suo trattamento, hanno visto significativi cambiamenti:

- a. è in forte aumento l'offerta sul mercato di sostanze psico-stimolanti, molto spesso intrecciate con abitudini comportamentali orientate al consumo di bevande alcoliche e/ o farmaci con finalità di intossicazione episodica con diversa frequenza di ripetizione e / o con finalità di automedicazione;
- b. aumentano le persone in carico ai Ser.T, ma aumenta anche il sommerso di consumo problematico e dei consumi in generale con conseguente necessità di definire standard che tutelino i consumatori e contesti che necessitano di pratiche di regolamentazione sul piano normativo e di conseguenti applicazioni nell'ottica della sanità pubblica: lavoro, guida di autoveicoli, luoghi del divertimento, eventi sportivi;
- c. diminuiscono gli invii nelle comunità terapeutiche. I soggetti inseriti nelle strutture residenziali sono prevalentemente connotati da complessi bisogni assistenziali (grave comorbilità, non auto sufficienza, isolamento sociale e relazionale). Si pone dunque il problema di diversificare l'offerta con maggiore definizione delle risposte e dei relativi programmi in relazione ad una valutazione multidimensionale dei bisogni e delle risorse della persona. I programmi residenziali necessitano di una definizione il più omogenea possibile su tutto il territorio nazionale degli standard assistenziali, ma anche una garanzia che i pagamenti da parte delle regioni siano puntuali e conformi al valore economico dei programmi definiti: le rette devono avere un range di variazione diversificato in funzione dell'offerta, ma essere standardizzati sulla base delle rette di altre strutture residenziali simili. Va evitata la confusione attualmente esistente nella fornitura dei servizi tra il volontariato e il personale strutturato (pagato e/o a titolo gratuito) della struttura del settore no profit. Il primo ha una funzione culturale fondamentale tanto nell'ambito della partecipazione dei cittadini alla gestione delle questioni socio sanitarie quanto nell'espressione di competenze di vita acquisite; ai secondi compete il compito di fornire i servizi accreditati, conformi alle buone pratiche, alle linee di indirizzo deontologiche, alle conoscenze scientifiche e con piena tutela dei diritti dei lavoratori. Ogni programma deve

- muoversi nell'ambito della continuità assistenziale evitando deleghe salvifiche che rischiano derive culturali illusorie e fuorvianti;
- d. l'intreccio tra devianza, marginalità, criminalità, povertà, sfilacciamento delle relazioni significative, sradicamento sociale e culturale, temi della sicurezza, forme di stigmatizzazione e pregiudizio, si fa sempre più complesso e performativo nel definire l'immagine dei sistemi di trattamento delle dipendenze. La residualità derivata ed attribuita al sistema del trattamento deve essere rovesciata ponendo al centro alcuni punti fondativi: il superamento delle disuguaglianze in salute, la priorità dell'accessibilità al di là della motivazione formulata intorno ad obiettivi pre definiti di astinenza e riabilitazione, gli investimenti in politiche di inclusione sociale che focalizzano le risorse presenti piuttosto che i deficit, l'introduzione di ammortizzatori che sostengano le disabilità presenti. Nell'insieme si prefigura una politica pubblica di tutela della salute e del benessere a livello primario che può perfettamente rientrare nelle politiche di riduzione del danno, di inclusione sociale e di restituzione di dignità e prospettive alla persona.
 - e. La fasce giovanili devono trovare contesti di risposta liberi da evidenti processi di stigmatizzazione. I giovani e le loro famiglie hanno diritto a sistemi di identificazione precoce dei problemi e di intervento breve, evitando allarmismi controproducenti e criminalizzazioni insensate. I contesti familiari, scolastici ed educativi necessitano di razionalità, accoglienza emozionale e corretta informazione, garantendo risposte omogenee su tutto il territorio nazionale;
 - f. il mercato della droga, adottando le stesse strategie della grande distribuzione, ha trasformato le sostanze in un bene di consumo. Il confine tra lecito ed illecito è molto sfumato. In definitiva le droghe sono diventate un prodotto come altri. Il sistema dei servizi fino ad oggi: ha trascurato il consumatore occasionale e ha rivolto la propria attenzione soprattutto al dipendente; obbliga l'utente ad un forte legame territoriale; è scarsamente presente nei luoghi e nelle situazioni in cui la presenza di utilizzatori di sostanze è probabile; spesso richiede al paziente di adattarsi alle esigenze dei servizi; offre interventi terapeutici poco variegati e scarsamente adattabili ai diversi target; le proposte offerte sono scarsamente compatibili con le esigenze del territorio; è poco riservato; l'informazione su i prodotti erogati è spesso scarsa o addirittura negativa e non ultimo ha a disposizione risorse sempre più limitate. Si pone inoltre il problema delle competenze necessarie per affrontare i bisogni dei consumatori, senza trasformarli necessariamente in pazienti e di quelle che derivano dall'applicazioni di normative che sempre più, in linea con quanto avvenuto in campo alcolico, richiedono valutazione e certificazione che garantiscono sulla idoneità della persona di svolgere mansioni ed attività che possono mettere a rischio sé stessi e terzi: lavoro, guida, divertimento, sport;
 - g. I professionisti del settore sono sempre più orientati a ricercare forme d'integrazione tra servizio pubblico e privato sociale, ma l'integrazione tanto auspicata e desiderata da più parti, nel concreto viene interpretata in modi disomogenei, generando modelli operativi diversi. All'interno delle comunità terapeutiche e dei Ser.T, ci sono professionisti con differenti visioni del mondo e del fenomeno delle dipendenze e con conseguenti modelli d'intervento e integrazione che non sempre si armonizzano con gli altri, cosicché possiamo dire che esistono diversi livelli e gradi di integrazione realizzati. In questo scenario inoltre si evidenzia una differenziazione territoriale nel senso che l'applicazione della normative vigenti, nelle diverse regioni, è del tutto disomogenea o non realizzata con logiche conseguenze sulla rete dei servizi e sulle comunità terapeutiche. La regionalizzazione, per ora, anziché avvicinare ai cittadini la possibilità di controllo dei servizi offerti, risente di una parcellizzazione che risulta estranea ad una reale lettura dei bisogni, ma risponde talvolta ad una logica di rendita di posizioni consolidate da parte sia della burocrazia che delle lobbies. Il risultato è il rischio di vedere moltiplicato il disagio della burocratizzazione, creando nello stesso tempo condizione di frammentazione degli interventi con bizzarre interpretazioni

- regionali o localistiche e con scarse probabilità di poter attuare verifiche di efficacia e di appropriatezza con studi multicentrici a carattere nazionale;
- h. Un ulteriore aspetto della complessità della rete dei servizi è rappresentato dall'aumento di persone che presentano importanti patologie internistiche e psichiatriche, scarsa motivazione al cambiamento e grave compromissione delle condizioni socio-affettive (pazienti in bassa evolutività). Questi pazienti richiedono una maggiore specificità nel trattamento e un maggior consumo di risorse. Oltre a questo si rileva la necessità di migliorare e condividere la qualità degli strumenti di valutazione multidimensionale e di estendere la diagnosi e la valutazione oltre gli stati di dipendenza focalizzando anche gli aspetti relativi al funzionamento della persona.
 - i. ulteriori elementi di criticità sono rappresentati: dalla mancanza di linee guida italiane condivise; dalla carente individuazione di una mission riconosciuta e partecipata per ogni singola agenzia della rete assistenziale, dalla non omogenea individuazione delle buone pratiche, di percorsi di formazione certificati e indirizzati all'integrazione funzionale dei diversi attori;
 - j. inoltre l'utilizzo di sistemi di valutazione difforni sia per intensità ed estensione di applicazione che per criteri e strumenti utilizzati determina una diagnostica autoreferenziale, con conseguente impossibilità di garantire ai cittadini standard di valutazione omogenei e fondati sull'evidenza scientifica indipendente da interessi di natura economica o ideologica;
 - k. la valutazione deve estendersi al campo: dell'efficacia degli interventi definendo gli indicatori di outcome, delle certificazioni definendo criteri fondati sulla competenza, sulla multidisciplinarietà e sulla multidimensionalità con il pieno riconoscimento che solo i servizi accreditati per la gestione delle dipendenze possono rappresentare una garanzia per la corretta certificazione; della plausibilità degli interventi attuati con le scoperte della ricerca scientifica e delle buone pratiche. Si deve prestare particolare attenzione al sistema delle perizie che attualmente rappresenta un ambito discrezionale nel giudizio la cui credibilità sempre più si accompagna alla suggestione mediatica, alla spettacolarizzazione narrativa, alla dialettica ed all'accreditamento lobbistico e clientelare, raramente ad una reale esperienza specifica nel campo delle dipendenze coniugata con una seria analisi della letteratura scientifica;
 - l. un aspetto particolare è rappresentato dal sistema carcerario in quanto soffre di una contraddizione tra consumo e criminalizzazione dello stesso con orientamento all'espiazione della colpa attraverso un processo fatto coincidere con i programmi terapeutici. Il risultato molto spesso è l'assenza di certezza e di consapevolezza della pena, uso improprio dei sistemi di trattamento, forme ambivalenti di obbligatorietà al trattamento, manipolazioni finalizzate ad evitare il carcere. La maggiore criticità è rappresentata dalla identificazione impropria del consumo con lo stato di dipendenza. In questo senso deve essere maggiormente definita la procedura diagnostica per la definizione della diagnosi di dipendenza e del programma terapeutico. Si devono modulare condizioni carcerarie consone alla possibilità di trattamento degli stati di dipendenza con procedure che garantiscano la fruibilità di misure alternative fondate su una seria valutazione e predisposizione di programmi di trattamento che esulino da ragioni di controllo della pericolosità sociale. Certezza e rapidità della pena e diritto alle cure devono lasciare aperta un'analisi critica sull'attuale scelta legislativa.

Il sistema dei servizi può, pertanto, migliorare a patto che:

- tutte le agenzie siano direttamente connesse con il Servizio Sanitario Nazionale;
- siano dotate di specialisti formati per operare nel settore specifico;
- abbiano le dotazioni adeguate per curare i pazienti;
- venga favorita l'esecuzione di programmi integrati.

- I livelli essenziali di assistenza siano garantiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale,

Tutti siamo convinti che l'integrazione sia l'unica strada per non perdere le conoscenze e le competenze maturate in questi faticosi anni, competenze e saperi che ci hanno portato a dare risposte sempre più appropriate alle persone in difficoltà che ci hanno chiesto aiuto. Non dobbiamo mai dimenticare che la mission di ogni operatore, sia esso del Ser.T. sia della comunità terapeutica, è quella di mettere al centro la persona e non le ideologie, né quelle filosofiche, né politiche né religiose.

Criteria di classificazione dei pazienti

In un approccio bio-psico-sociale della tossicodipendenza, la situazione ottimale vede operare congiuntamente ed integrati gli interventi dei medici, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali e degli psicologi e degli educatori professionali per cui, i singoli interventi d'area, devono essere amalgamati in un progetto complessivo d'équipe in cui convergono le finalità dei singoli interventi d'area.

Uno stesso progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti sufficientemente omogenee.

La logica di base che abbiamo deciso di utilizzare si basa sulla possibilità di cambiamento e ci ha portato a suddividere l'utenza almeno in due tipologie:

- Pazienti per i quali è ipotizzabile un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (Alta Evolutività);
- Pazienti per i quali, al momento, non è perseguibile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (Bassa Evolutività).
- Soggetti che non sono tossicodipendenti, ma semplici consumatori di sostanze psicoattive
- Soggetti inviati ai SERT in modo coatto

Nel caso in cui non è chiara la domanda e conseguentemente la tipologia del richiedente, si struttura una tipologia specifica di pazienti definita in "Fase Valutativa".

Ulteriore suddivisione viene fatta rispetto alla sostanza primaria per cui chiedono il trattamento.

Per prassi si possono individuare tre tipologie di pazienti:

- Utilizzatori di oppioidi (eroina, metadone etc)
- Utilizzatori di eccitanti (cocaina, ecstasy etc)
- Utilizzatori di più sostanze contemporaneamente

Ulteriore suddivisione viene fatta per la presenza/assenza di una significativa patologia psichiatrica diagnosticata secondo i criteri del DSM IV (Diagnosi + punteggio VGF-valutazione globale del funzionamento). Tale classificazione introduce due nuove classi di tipologia di pazienti:

- Con significativa patologia psichiatrica associata
- Senza significativa patologia psichiatrica associata

In definitiva combinando questi tre criteri potremo avere ad esempio:

- Una tipologia di pazienti a bassa evolutività dipendente da eroina senza patologie psichiatriche;
- Una tipologia di pazienti ad alta evolutività dipendente da eroina con significativa patologia psichiatrica associata;
- e così via per tutte le combinazioni possibili.

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 (relazione interpersonale).

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. (1).

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.

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.

I diversi elementi 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.

Note 1 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. Scala del Funzionamento difensivo DSM IV TR (Livelli difensivi e meccanismi di difesa. 1) Alto livello adattivo: anticipazione, affiliazione, altruismo, ironia, auto-affermazione, auto-osservazione, sublimazione, soppressione. 2) Livello delle inibizioni mentali: spostamento, dissociazione, intellettualizzazione, isolamento dell'affetto, formazione reattiva, rimozione, annullamento. 3) Livello lieve di distorsione dell'immagine: svalutazione, idealizzazione, onnipotenza. 4) Livello del disconoscimento: negazione, proiezione, razionalizzazione. 5) Livello grave di distorsione dell'immagine: fantasie autistiche. Identificazione proiettiva, scissione dell'immagine di sé o degli altri. 6) Livello dell'azione: messa in atto-acting out, ritiro apatico, lamentele con reiezione dell'aiuto degli altri, aggressione passiva. 7) Livello della sregolatezza difensiva: proiezione delirante, negazione psicotica, distorsione psicotica

Metodologia di costruzione dei percorsi di trattamento

I fattori che determinano lo stato di salute sono di ordine genetico, ambientale, sociale ed economico. Una vulnerabilità di uno o più di questi fattori, in assenza di un'efficace compensazione da parte di uno degli altri, determina uno stato di squilibrio e/o di malattia. Un intervento sociosanitario che miri al ripristino di tali equilibri, ovvero al ristabilirsi di uno stato di salute, dovrebbe considerare sempre l'intero contesto in cui uno stato morboso si sviluppa ed intervenire in modo sistemico su di esso, perché intervenendo su una sola parte dei fattori che determinano tale stato, per esempio il sintomo di malattia, si possono produrre conseguenze ancora più gravi. All'interno di questa cornice appare chiaro perché l'OMS sia arrivata a definire, le dipendenze una "patologia cronica recidivante": è infatti sufficiente esporre un individuo sensibilizzato all'uso di sostanze, ad una situazione di stress oltre soglia per determinare in esso uno stato di vulnerabilità che lo predisponga al bisogno di far nuovamente ricorso a quelle droghe conosciute e/o ad esperienze simili. Diviene quindi altrettanto chiaro come il prendersi cura di una persona con dipendenza patologica non possa esaurirsi in un atto di semplice medicazione e/o risoluzione di un sintomo, oppure di solo sostegno sociale o peggio ancora ad un solo illusorio appello al Dio delle volontà individuali.

Strutturare un progetto terapeutico per una persona con dipendenza patologica contempla la necessità di sostenere lei ed il suo contesto di rete su percorsi di cambiamento degli stili di vita e promuoverne la crescita verso l'assunzione di visioni del mondo più ampie e raffinate e di sviluppo di autonomie intese sia come aumentata capacità di autogestione sia come aumentata capacità di fare con gli altri. I percorsi di trattamento sono articolati e complessi, possono durare a lungo e richiedere sforzi ed interventi specialistici che i pazienti e i loro congiunti devono sostenere.

Operando dentro una struttura socio sanitaria diviene quindi centrale diagnosticare il rapporto esistente fra i sintomi, che le persone richiedenti un trattamento manifestano, ed i fattori sopraccitati: sociali, ambientali, economici e biologici.

I possibili obiettivi del trattamento delle dipendenze sono definiti e sulla base dei contenuti scientifici e professionali e delle indicazioni derivate dalle ricerche e dalla letteratura scientifica qualificata e aggiornata. Inoltre gli obiettivi realisticamente raggiungibili sono basati anche sugli esiti delle esperienze di cura già realizzate in base alle risorse effettivamente presenti e disponibili.

Contribuisce in modo significativo alla definizione degli obiettivi il mandato istituzionale espresso attraverso le normative locali o nazionali ed eventuali linee di indirizzo, con diversi livelli di coerenza e di capacità di orientamento.

In base a questo complesso di elementi è possibile sostenere che gli obiettivi di cura nell'ambito delle dipendenze siano complessivamente:

- Riduzione prolungata dell'uso di alcol o droghe o dei comportamenti di dipendenza;
- Miglioramenti duraturi della salute fisica e psichica dei pazienti;
- Miglioramento delle funzioni sociali sia rispetto alle relazioni interpersonali che alle attività lavorative o ad attività assimilabili;
- Superamento volontario della dipendenza.

Il raggiungimento di questi obiettivi, pur nella 'quota parte' e nella qualità con cui è possibile riscontrarlo nelle situazioni reali, determina spesso una ricaduta positiva su alcuni comportamenti dei pazienti con una riduzione di atteggiamenti disfunzionali o trasgressivi derivati o strettamente connessi con l'uso di sostanze psicoattive, e complessivamente un accrescimento della responsabilità dei propri comportamenti in ambito sociale.

Accoglienza, analisi della domanda e processo diagnostico.

Nell'operare in tal senso, è determinante che il coordinamento delle azioni, dei modi, dei ritmi e dei tempi con cui ci si rapporta alla persona venga svolto da un'equipe che contenga tutte le professionalità necessarie ad indagare ed operare nei quattro ambiti già citati: va quindi ribadita

la validità della legge DPR 309/90 quando prevede, nel sistema dei servizi, la presenza di multi professionalità adeguatamente qualificate.

Un iniziale elemento del processo terapeutico, di fondamentale importanza, consiste nell'analisi della domanda di trattamento che il paziente pone, che consente di:

- Orientare la domanda del paziente verso obiettivi realistici;
- Riconoscere gli elementi di ambivalenza presenti;
- Sostenere una motivazione positiva verso gli obiettivi per favorire una partecipazione attiva e il migliore utilizzo possibile delle cure.

La presa in carico di un paziente all'interno di una organizzazione socio sanitaria prevede l'organizzazione di un'attività di Assessment. (A). Tale termine in ambito clinico indica la valutazione e la misurazione delle diverse relazioni funzionali che caratterizzano il comportamento problematico/patologico.

Un Attività di A. si compone di un insieme di procedure che consentono di:

- Evidenziare la relazione tra specifici fattori ambientali, caratteristiche di personalità, fattori neurobiologici e specifici comportamenti di risposta;
- Individuare la tipologia del paziente che chiede il trattamento. A tal proposito, per una dipendenza, i criteri di riferimento possono essere: la sostanza/e, la motivazione al cambiamento, la presenza / assenza di significative patologie concomitanti, presenza / assenza di risorse (familiari, economiche, relazionali etc), modalità di funzionamento globale;
- Individuare gli interventi più efficaci per modificare il comportamento problematico/patologico, dopo aver formulato gli obiettivi che si vogliono raggiungere con lo specifico trattamento;
- Individuare i criteri qualitativi e quantitativi per definire il successo, il successo parziale e l'insuccesso del trattamento scelto.

I dati raccolti consentono una definizione di ogni aspetto del problema e delle variabili in gioco, in modo da poter avere una rappresentazione di base, prima del trattamento, dei nodi problematici / patologici, di pianificare gli interventi specialistici ritenuti necessari (trattamenti farmacologici, psicoterapie, interventi di sostegno sociale e psicologico, interventi sulla famiglia, interventi residenziali etc) e di verificare, a posteriori, i cambiamenti raggiunti, mediante opportune misurazioni delle variazioni.

Nel trattamento riabilitativo della dipendenza da sostanze psicoattive la valutazione diagnostica è un processo complesso, articolato, multidimensionale e dinamico che integra le diverse professionalità dell'équipe e che consente di rilevare vari aspetti dell'utente con dipendenza patologica:

- neurobiologici, tossicologici, medici;
- psicologici e psicopatologici;
- sociali;
- giudiziari.

Nel processo di A, considerate le caratteristiche di gravità, emergenza ed urgenza presentata o percepita come tale da buona parte dei pazienti che si rivolgono alla rete assistenziale e data la complessità di un'attività di A. ed i tempi necessari per espletarla, contestualmente allo svolgimento della stessa, è importante che i pazienti ricevano tutti i trattamenti e servizi finalizzati al contenimento dei danni per la salute a cui sono esposti e/o alla risoluzione di impellenti bisogni primari. Pertanto è indispensabile che una organizzazione socio sanitaria., anche in collaborazione con gli altri presidi territoriali, concordi quale struttura della rete eroghi, in tempi rapidi, trattamenti e servizi quali l'erogazione di farmaci salvavita, la somministrazione di farmaci, ricoveri in ospedale o ricoveri in ambito psichiatrico, l'erogazione di supporti alimentari, l'accoglienza urgente in asili notturni o in strutture residenziali di accoglienza etc.

Questi interventi devono essere considerati alla stregua di attività specialistiche o azioni che permettono di curare il paziente durante il processo di assessment.

L'impossibilità di trattare le persone con dipendenza patologica seguendo un percorso standardizzato è un'evidenza condivisa da i professionisti che operano nel sistema dei servizi. I concetti chiave che caratterizzano l'operatività dei Servizi dovrebbero essere multidisciplinarietà, monitoraggio in progress e trattamenti individualizzati.

La persona e la specificità del problema portato deve sempre essere al centro dell'interesse del servizio.

Un'ulteriore evidenza che va sottolineata è quella dei differenti setting in cui i professionisti della rete dei servizi possono incontrare gli utenti, o categorie di utenti differenti, perché questi influenzano le modalità sia di effettuazione delle attività di valutazione sia la gamma dei trattamenti che in quei setting si possono attuare. Tale attività di valutazione esisterà in differenti modalità operative a seconda che ci si trovi ad agire su unità mobili o altri servizi di prossimità, in servizi a bassa o alta soglia o con pazienti in situazione detentiva; in ogni caso è compito dell'equipe, al termine di tale attività di valutazione, orientarsi su una proposta di un percorso trattamentale che dovrà essere illustrato al paziente e con lui contrattato nei tempi e nei modi di attuazione. I percorsi trattamentali implicano una serie di azioni che vanno dal sostegno per la risoluzione dei bisogni connessi alla sopravvivenza, all'effettuazione di terapie di sostituzione farmacologica per tempi che possono diventare anche molto lunghi ed imprevedibili, all'organizzazione di ricoveri in strutture specialistiche (Centri osservazione diagnosi, Ospedali, Servizi psichiatrici residenziali, Comunità terapeutiche, ecc.), ai percorsi di detossicazione ambulatoriale di diverso tipo, al sostegno socio assistenziale o socioriabilitativo, al counselling psicologico, alle diverse forme di intervento psicoterapeutico.

La condizione indispensabile per il buon funzionamento d'equipe è la costruzione di un "linguaggio e di una vision comune" che permetta la comunicazione, la comprensione e un'attività diagnostica e terapeutica correlata all'alto livello di integrazione pluriprofessionale. A tal fine può risultare utile anche l'utilizzo di strumenti quali scale di riferimento e/o di gravità delle condizioni di salute degli utenti (scala di astinenza da oppiacei, scala di intensità della dipendenza, scale analogiche di autovalutazione), ovvero strumenti di lavoro di diverso genere utilizzati per un invio appropriato ed il più personalizzato possibile del soggetto alle diverse aree professionali o ai diversi punti della rete assistenziale per il necessario approfondimento diagnostico ed eventuale intervento terapeutico specialistico (2).

Raccomandazioni:

Punto primo: la costituzione di una equipe multidisciplinare nel punto della rete deputato alla strutturazione del progetto terapeutico è una condizione indispensabile.

Punto secondo: è indispensabile l'A del paziente

Punto terzo: Le fasi operative, le strategie di un progetto terapeutico e gli strumenti utilizzati per la valutazione di processo e di esito devono essere definiti nel dettaglio.

Punto quarto: Il progetto terapeutico va sempre condiviso con il paziente e deve sempre prevedere degli obiettivi con i relativi indicatori di risultato.

Punto quinto: Il progetto terapeutico deve sempre essere rintracciabile nel fascicolo personale del paziente.

Punto sesto: I trattamenti proposti ai pazienti devono far riferimento a contenuti scientifici e/o dottrinali accreditati.

Nota 2 Necessità di strumenti di Assessment Psicodiagnostica standardizzato per Servizi pubblici e del Privato Sociale.

Strumenti Assessment Psicodiagnostica.

Strumenti diagnostici:

I Livello: ASI, MAC E/S/P, VGF, CGI, SCL-90

II Livello: SCID I e II, MMPI-2, FRT

III Livello (WAIS-R, RORSCHACH, TAT)

Strumenti di valutazione dei trattamenti: ASI, MAC E/S/P, VGF, CGI, SAT-P, TPQ.....

Trattamenti possibili

Il panorama sui possibili trattamenti nell'ambito delle dipendenze, in questi trenta e più anni di lavoro, si è arricchito di risposte sempre più articolate e composite.

Ad oggi l'organizzazione dei servizi consente trattamenti ambulatoriali / cure primarie erogati prevalentemente dalla rete dei servizi territoriali e semi residenziali / residenziali erogati prevalentemente dal privato sociale.

Come detto, i trattamenti inoltre sono suddivisibili a seconda della tipologia dei pazienti: in linea di massima i pazienti possono essere inseriti in due grosse categorie: pazienti ad Alta evolutività ovvero soggetti che al termine dell'assessment presentano condizioni favorevoli al superamento volontario della dipendenza (risorse familiari e sociali adeguate, buona motivazione al cambiamento, congruo funzionamento psico fisico) e pazienti a Bassa evolutività ovvero persone che, a seguito dell'assessment, sono collocabili in fase pre contemplativa o contemplativa, presentano situazioni di degrado socio familiare importante, situazioni cliniche e / psichiatriche tali da rendere ragionevolmente difficile il superamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

Per ognuna di queste categorie sono individuabili caratteristiche che rendono più appropriati i diversi regimi di trattamento.

La scelta di un trattamento ambulatoriale / cure primarie o semi residenziale / residenziale deve essere ovviamente contestualizzata con le fasi evolutive della persona, e le loro modificazioni in ragione degli stimoli ambientali (cues).

I trattamenti oggi codificati sulla base della letteratura scientifica prevedono vari tipi di trattamento di seguito elencati.

Oppiacei

Mantenimento

Trattamenti farmacologici: Metadone, Buprenorfina, Antagonisti degli oppiacei (Naltrexone; Nalmefene), Analgesici, Ansiolitici, Antidepressivi, Antiemetici, Antiacidi, Benzodiazepine, Ipnotici e Sedativi, Miorilassanti

Trattamenti psicosociali: Interventi di counseling, Interventi psicologici brevi, Psicoterapie (individuali, familiari, di gruppo), Interventi psico educazionali, gruppi di autoaiuto, gruppi di autotutela della salute, attività di reinserimento socio-lavorativo.

Setting: ambulatoriale, in regime di ricovero, residenziali e semiresidenziali, carcere

Disintossicazione

Interventi farmacologici: Metadone, Buprenorfina, Agonisti alfa adrenergici, Antagonisti degli oppiacei somministrati anche sotto anestesia, Analgesici, Ansiolitici, Antidepressivi, Antiemetici, Benzodiazepine, Ipnotici e Sedativi, Miorilassanti

Trattamenti psicosociali: come sopra

Setting: come sopra

Trattamenti per overdose

Interventi farmacologici: Naloxone

Setting: di strada, ambulatoriale, pronto soccorso

Alcool

Trattamenti farmacologici: Acido 4-idrossibutirrico (GHB), Antagonisti degli oppiacei, Anticonvulsivanti, Antipsicotici, Ansiolitici, Antidepressivi, Benzodiazepine, Calcio Carbimide, Disulfiram, Ipnotici e Sedativi, Metadoxina, Acamprosato,

Trattamenti psicosociali Interventi di counseling, Interventi psicologici brevi, Psicoterapie (individuali, familiari, di gruppo), Interventi psico educazionali, gruppi di autoaiuto, gruppi di autotutela della salute, attività di reinserimento socio-lavorativo.

Setting: ambulatoriale, in regime di ricovero, residenziali e semiresidenziali

Cocaina

Trattamenti farmacologici: Agonisti della dopamina, Ansiolitici, Anticonvulsivanti, Antidepressivi, Antipsicotici, Benzodiazepine, Ipnotici e Sedativi, Neurolettici

Trattamenti psicosociali Interventi di counseling, Interventi psicologici brevi, Psicoterapie (individuali, familiari, di gruppo), Interventi psico educazionali, gruppi di autoaiuto, gruppi di autotutela della salute, attività di reinserimento socio-lavorativo.

Altro: Agopuntura auricolare

Setting: ambulatoriale, in regime di ricovero, residenziali e semiresidenziale.

Altre sostanze

Trattamenti farmacologici: Specifici per le sostanze d'abuso

Trattamenti psicosociali Interventi di counseling, Interventi psicologici brevi, Psicoterapie (individuali, familiari, di gruppo), Interventi psico educazionali, gruppi di autoaiuto, gruppi di autotutela della salute, attività di reinserimento socio-lavorativo.

Setting: ambulatoriale, in regime di ricovero, residenziali e semiresidenziali

Gambling e altre dipendenze “non sostanza correlate”

Trattamenti farmacologici: Ansiolitici, Antidepressivi, Betabloccanti

Trattamenti psicosociali: Interventi di counseling, Interventi psicologici brevi, Psicoterapie (individuali, familiari, di gruppo), Interventi psico educazionali, gruppi di autoaiuto, gruppi di autotutela della salute, attività di reinserimento socio-lavorativo.

Setting: ambulatoriale, in regime di ricovero, residenziali e semiresidenziali

Trattamenti di sostegno e di promozione della salute

Trattamenti farmacologici: Specifici per le patologie correlate e diagnosticate

Trattamenti psicosociali: Interventi di counseling, Interventi psicologici brevi, Psicoterapie (individuali, familiari, di gruppo), Interventi psico educazionali, gruppi di auto aiuto, gruppi di autotutela della salute, attività di reinserimento socio-lavorativo.

Setting: ambulatoriale, in regime di ricovero, residenziali e semiresidenziali

Evidenze Disponibili

Oppiacei

Oppiacei Mantenimento: Interventi studiati

Metadone verso placebo o terapie che non utilizzano oppiacei (6 studi, 954 partecipanti)

Differenti dosaggi di metadone (21 studi, 5994 partecipanti)

Buprenorfina verso placebo o metadone (23 studi, 4016 partecipanti)

Eroina per dipendenti da oppiacei cronici (4 studi, 577 partecipanti)

Naltrexone per via orale (10 studi, 696 partecipanti)

Trattamenti psicosociali associati a trattamenti farmacologici verso trattamenti farmacologici da soli (12 studi, 981 partecipanti)

Trattamenti psicosociali tra loro (5 studi, 389 partecipanti)

Metadone a mantenimento allo scopo di prevenire l'infezione HIV (28 studi, 7900 partecipan

LAAM (levo-alfa-acetil-metadone) verso metadone (18 studi, 3766 partecipanti)

Oppiacei Mantenimento: Risultati

Forti evidenze per il trattamento con metadone che è il più efficace nel ritenere le persone in trattamento e nel ridurre l'uso di eroina.

Non vi sono differenze tra il metadone e la buprenorfina per l'uso di altre sostanze e l'attività criminale.

L'efficacia del metadone è dose- dipendente: dosaggi alti sono associati con una migliore ritenzione in trattamento e con un minor uso di eroina.

Non vi sono evidenze sufficienti per l'eroina ed il LAAM.

Il trattamento con naltrexone per via orale riduce l'uso di oppiacei ed il comportamento criminale.

L'associazione di un qualsiasi trattamento psicosociale al TMM riduce l'uso di eroina durante il trattamento, ma non si evidenziano differenze rispetto alla ritenzione in trattamento ed alle ricadute.

Rispetto alla mortalità, i risultati degli studi osservazionali concordano sull'effetto protettivo dei trattamenti di mantenimento

Oppiacei Mantenimento: Ricerche future

Esiti quali la qualità della vita, la salute fisica e psichica ed anche l'uso di altre sostanze d'abuso sono troppo poco studiati o, se considerati, riportati in modo troppo eterogeneo negli studi.

Oppiacei Disintossicazione: Interventi studiati

Metadone a dosi scalari per la disintossicazione da oppiacei (16 studi, 1187 partecipanti)

Buprenorfina per la gestione dell'astinenza da oppiacei (14 studi, 784 partecipanti)

Agonisti alfa adrenergici per la gestione dell'astinenza da oppiacei (22 studi, 1709 partecipanti)

Antagonisti degli oppiacei associati a farmaci che inducono un lieve effetto sedativo per la gestione dell'astinenza da oppiacei (9 studi, 775 partecipanti)

Antagonisti degli oppiacei somministrati sotto sedazione o anestesia per l'astinenza da oppiacei (5 studi, 728 partecipanti)

Trattamenti psicosociali associati a trattamenti farmacologici verso trattamenti farmacologici da soli per la disintossicazione dall'uso di oppiacei (8 studi, 423 partecipanti)

Confronto tra trattamenti residenziali e trattamenti ambulatoriali per la dipendenza da oppiacei (1 studio, 40 partecipanti)

Oppiacei Disintossicazione: Risultati

In generale i risultati degli studi indicano che le sostanze utilizzate per la disintossicazione sono efficaci nel trattamento della sindrome astinenziale da uso di eroina sebbene i sintomi varino a seconda del farmaco utilizzato e del tipo di programma disintossicante adottato.

Tutti gli approcci hanno in comune alti tassi di ricaduta (range 72%-96%)

L'associazione con trattamenti non farmacologici migliora in modo statisticamente significativo il completamento del trattamento ed il numero di ricadute al follow-up. Inoltre, influenza

positivamente, ma i risultati non raggiungono la significatività statistica, l'esito del trattamento rispetto all'uso di oppiacei ed altre sostanze durante il trattamento

Oppiacei Disintossicazione: Ricerche future

Maggiore standardizzazione nel modo in cui le misure d'esito vengono riportate e nell'uso di scale

Alcool: Interventi studiati

Trattamenti con GHB: uso nel breve termine ovvero trattamento della sindrome da astinenza (10 studi, 1067 partecipanti); uso nel medio-lungo termine ovvero trattamento della dipendenza (12 studi, 1175 partecipanti)

Trattamenti con Disulfiram

Trattamenti con Antagonisti degli oppiacei per la dipendenza da alcool (29 studi, 3174 partecipanti)

Trattamenti con Anticonvulsivi per l'astinenza da alcool (48 studi, 3610 partecipanti)

Trattamenti con Benzodiazepine per l'astinenza da alcool (56 studi, 4051 partecipanti)

Programmi dei 12 passi e Alcolisti Anonimi per la dipendenza da alcool (8 studi, 3417 partecipanti)

Trattamenti con l'ossido d'azoto per il trattamento dell'astinenza da alcool (5 studi, 516 partecipanti)

Efficacia degli interventi brevi per l'alcool somministrati nei Pronti Soccorsi (4 studi, 631 partecipanti)

Prevenzione primaria per l'abuso di alcool nei giovani (56 studi,)

Alcol: Risultati

Il trattamento con antagonisti degli oppiacei riduce la probabilità di abbandonare il trattamento e di ritornare ad assumere alcool. A causa degli alti tassi di abbandono, il trattamento dovrebbe essere accompagnato da interventi psicosociali e da un attento monitoraggio degli effetti collaterali per favorire l'adesione al trattamento che sembra essere un elemento cruciale.

Il trattamento con benzodiazepine, se paragonato col placebo è efficace soprattutto rispetto agli attacchi epilettici.

Il trattamento con benzodiazepine, se paragonato con gli altri farmaci considerati è più efficace nel determinare la conclusione del trattamento con successo.

Non è possibile giungere a conclusioni definitive circa l'efficacia e la sicurezza degli anticonvulsivi e delle benzodiazepine nel trattamento dell'astinenza da alcool a causa della eterogeneità degli interventi considerati e del modo in cui vengono riportate le misure di esito.

GHB ha un'efficacia paragonabile a quella delle benzodiazepine nel controllo dell'astinenza e nel mantenimento ha dimostrato un'efficacia superiore rispetto al placebo ed al naltrexone.

Nonostante la larga diffusione di interventi di alcolisti Anonimi o di programmi dei 12 passi, nessuno studio sperimentale dimostra inequivocabilmente la loro efficacia nel ridurre la dipendenza da alcool ed i problemi ad essa correlati

Alcol: Ricerche future

Per gli anticonvulsivi e le benzodiazepine necessità di ulteriori studi che considerino pochi e ben delimitati esiti quali la severità della sindrome astinenziale, l'occorrenza di effetti collaterali, di attacchi epilettici e/o di episodi deliranti.

Per GHB: ulteriori studi che comparino l'efficacia con le benzodiazepine, studi sull'associazione con antagonisti degli oppioidi.

Per i programmi AA e dei 12 passi, necessità di ulteriori studi per valutarne l'efficacia

Cocaina: Interventi studiati

Agonisti della dopamina per la dipendenza da cocaina (17 studi, 1109 partecipanti)

Antidepressivi per la dipendenza da cocaina (18 studi, 1383 partecipanti)

Carbamazepina per la dipendenza da cocaina (5 studi, 455 partecipanti)

Agopuntura auricolare per la dipendenza da cocaina (7 studi, 1021 partecipanti)

Antipsicotici per la dipendenza da cocaina (7 studi, 293 partecipanti)

Cocaina: Risultati

I risultati delle revisioni dimostrano che non vi sono evidenze di efficacia che giustifichino l'uso clinico degli agonisti della dopamina, degli antidepressivi, della carbamazepina, degli antipsicotici e dell'agopuntura auricolare nel trattamento della dipendenza da cocaina.

Cocaina: Ricerche future

Necessità di studiare nuovi trattamenti farmacologici e di valutare l'efficacia degli interventi psicosociali

Altre sostanze/Altro: Interventi studiati

Comunità Terapeutiche per disturbi correlati all'uso di sostanze (7 studi, 3193 partecipanti)

Interventi farmacologici e/o psicosociali per abuso di sostanze somministrati nei tribunali, nelle carceri o in comunità per tossicodipendenti che hanno commesso reati (24 studi, 5138 partecipanti)

Interventi Psicoterapeutici Ambulatoriali per l'Abuso e/o la Dipendenza da Cannabis (6 studi, 1307 partecipanti)

Interventi Farmacologici Ambulatoriali per la Dipendenza da Benzodiazepine (8 studi, 509 partecipanti)

Altre sostanze/Altro: Risultati

Gli interventi di comunità terapeutiche mostrano risultati promettenti rispetto all'uso di droghe ed all'attività criminale, tuttavia questi risultati non sono conclusivi a causa della grande eterogeneità degli interventi considerati e del modo in cui i risultati sono presentati.

Interventi psicoterapeutici per cannabis: studi troppo eterogenei e risultati non generalizzabili poiché gli studi condotti solo in USA ed UK, per permettere di giungere a chiare conclusioni. I bassi tassi relativi all'astinenza evidenziano che la dipendenza da cannabinoidi non è facilmente trattabile con interventi psicoterapeutici in setting ambulatoriali.

Interventi farmacologici per la dipendenza da benzodiazepine: i risultati sottolineano il valore potenziale della carbamazepina per la disintossicazione da benzodiazepine nel ridurre i sintomi astinenziali. Lo scalaggio graduale di benzodiazepine è preferibile a quello improvviso.

Altre sostanze/Altro: Ricerche future

Per le Comunità Terapeutiche, sono necessari ulteriori studi con una maggiore standardizzazione delle misure di risultato e della loro misurazione.

Per il trattamento della dipendenza da benzodiazepine, sono necessari ulteriori studi, con campioni più numerosi e dovrebbero essere valutati altri tipi di trattamento come quelli con antidepressivi e con i farmaci modulatori dei recettori delle benzodiazepine.