

**V CONFERENZA NAZIONALE  
SULLE TOSSICODIPENDENZE  
TRIESTE 12-14 MARZO 2009**

**“Alta integrazione dei servizi e  
delle professionalità”**

**Dr.ssa Maria Assunta Evangelista  
Medico Psichiatra Psicoterapeuta  
STDP Macerata  
Comunità Terapeutica P.A.R.S.**

# **COSA FA DI NOI QUELLI CHE SIAMO?**

Secondo la teoria di LeDoux la natura (il bagaglio genetico che la persona si porta dietro) e la cultura (il bagaglio di esperienze che la persona fa nella realtà) influiscono sulle sinapsi modificandole man mano.

# **LA MENTE È UN SISTEMA INTEGRATO**

**considerato che la mente è un sistema integrato, per affrontarlo e modificare alcune situazioni patologiche, la via migliore sarà sicuramente quella che segue l'organizzazione della mente e cioè quella dell'integrazione degli interventi possibili.**

***IL FENOMENO DELLA  
TOSSICODIPENDENZA E'  
COSTITUITO DALL'INSIEME DI TRE  
FATTORI***

- 1) La sostanza d'abuso
- 2) Il consumatore
- 3) L'ambiente sociale in cui si verifica  
l'incontro tra la sostanza ed il  
consumatore

**Ogni valutazione fatta ignorando uno dei tre fattori comporta un**

**“errore riduzionistico”**

1) Riduzionismo farmacologico: consiste nel considerare la tossicodipendenza come fatto puramente biologico legato alle caratteristiche della sostanza stessa ed alla struttura encefalica su cui la sostanza agisce

In questo contesto vengono ignorate:

- a) la personalità del consumatore
- b) le caratteristiche dei gruppi microsociali (famiglia-scuola) o macrosociali (società nel suo insieme)

2) Riduzionismo psicologico

3) Riduzionismo sociologico

**Nella tossicodipendenza vanno pertanto considerate**

- a) la componente farmaco-biologica**
- b) la componente psicologica**
- c) la componente sociale con tutte le sue espressioni**

**relazionali**

**Il medico deve quindi conoscere:**

**a) il punto di vista farmaco-biologico per poter acquisire competenze specifiche su cui basare la sua diagnosi ed il suo intervento terapeutico**

**b) il punto di vista psicot dinamico e sociale per poter collaborare con chi si occupa di questi altri settori**

**In conclusione, lavorare nell'ambito delle tossicodipendenze, significa accettare l'integrazione tra discipline differenti**

## ***Substrati neuronali e meccanismi neurochimici alla base del desiderio compulsivo delle droghe***

1) L'effetto gratificante viene chiamato “*positive reinforcing effect*” ed ha come base

neuronale **il sistema dopaminergico mesolimbico**

Tale sistema di neuroni origina nel mesencefalo ed innerva differenti aree del

sistema limbico: nucleus accumbens, amigdala, etc. (zone della gratificazione primaria)

2) Il sistema mesolimbico controlla l'emotività ed il comportamento per la sopravvivenza della specie (cibo, sesso)

3) Il “*positive reinforcing effect*” delle droghe è sostenuto dalla loro capacità di riprodurre la stimolazione del sistema mesolimbico

- Ricerche recenti, pur sostenendo il ruolo dopaminergico nell'abuso dei farmaci, presentano un quadro più complesso secondo il quale la "visione dopaminergica" non è sufficiente a spiegare la progressione tossicomantica in tutti i suoi aspetti.

- Anche stimoli positivi naturali ( cibo, attività sessuale) stimolano infatti l'attività dopaminergica senza generare la spirale dell'abuso e dipendenza. Infine, anche stimoli negativi, quali stress e dolore o stimoli dotati di novità, ma privi di valore gratificante, possono stimolare l'attività dopaminergica mesolimbica.

- **Le sostanze d'abuso influenzano i meccanismi di apprendimento e memoria e ciò si è visto anche a livello cellulare e molecolare.**

- **Per esempio si è visto che la stimolazione neuronale con le sostanze d'abuso provoca fenomeni elettrofisiologici di Long Term Potentiation (LTP) e di Long Term Depression(LTD).**

- **Tali fenomeni sono fondamentali nell'induzione della plasticità sinaptica, nel rimodellamento delle connessioni neuronali e quindi nei processi di apprendimento e memoria**

- Tali eventi cellulari potrebbero essere i principali meccanismi alla base della riorganizzazione neuronale che avviene dopo esposizioni ripetute alle sostanze d'abuso.

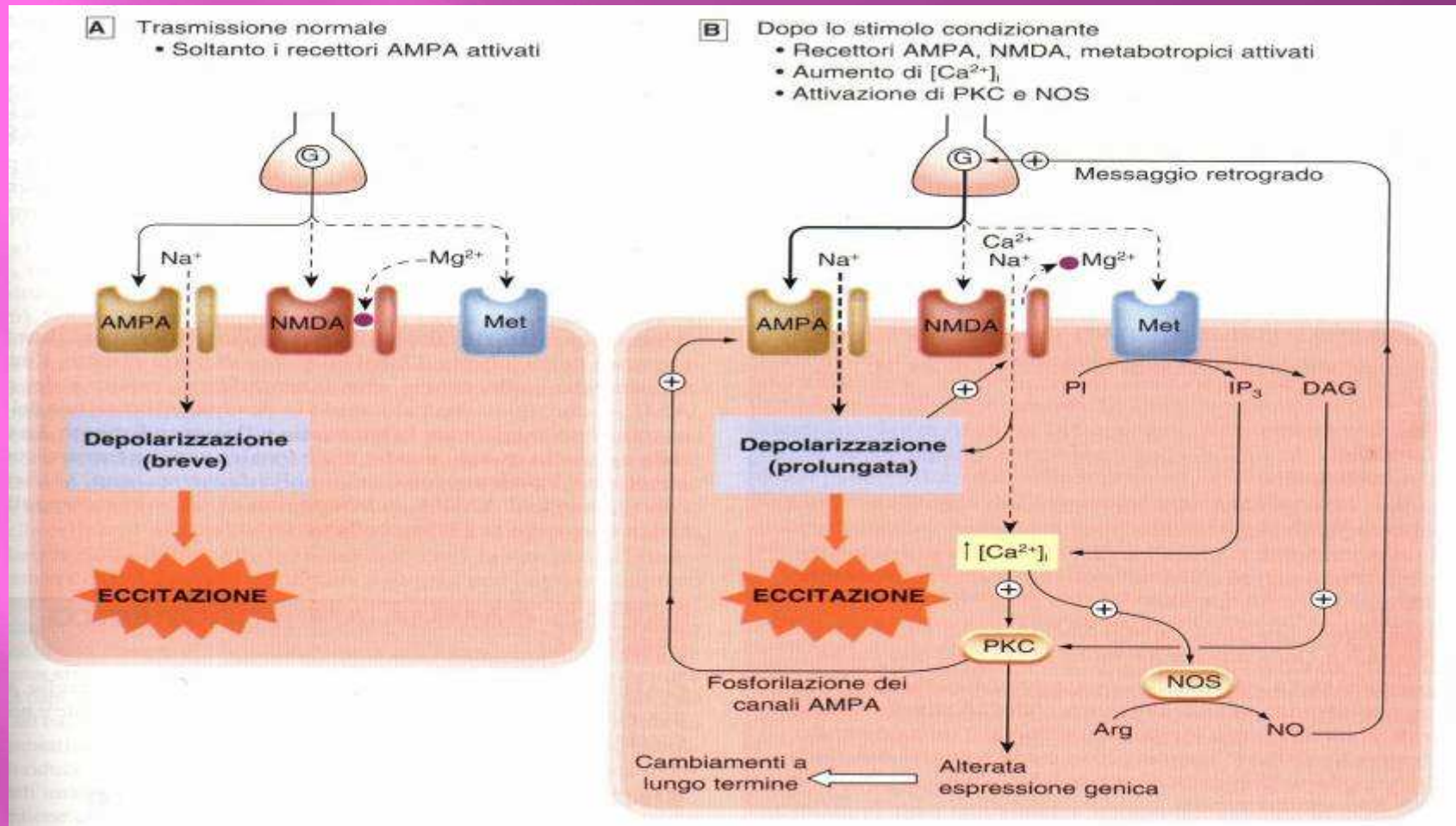
- La LTP e la LTD sono soggette ad una regolazione assai complessa:

- attivazione dei recettori dopaminergici

- reclutamento aminoacidi eccitatori

- reclutamento sistema inibitorio del GABA

- LTP è il termine utilizzato per descrivere un potenziamento notevole e duraturo della trasmissione sinaptica che si attua a livello di varie sinapsi del S.N.C. dopo una breve (condizionante) e intensa (burst) stimolazione presinaptica (circa 100 Hz per 1 sec.)
- LTD viene invece indotta da una sequenza più lunga di stimoli a frequenze più basse
- Questi fenomeni sono stati studiati nell'ippocampo e si è visto che il fenomeno **“apprendimento”**, nel senso sinaptico, avviene se la forza sinaptica è aumentata in seguito ad attività simultanea nei neuroni sia pre-sia postsinaptici



Meccanismi del potenziamento a lungo termine (LPT). A) Con attività sinaptica infrequente, il glutammato attiva principalmente i recettori AMPA. Non c'è sufficiente glutammato per attivare i recettori metabotropici, e i canali del recettore NMDA sono bloccati da  $Mg^{2+}$ . B) Dopo una serie di stimoli condizionati, viene rilasciata una quantità sufficiente di glutammato per attivare i recettori metabotropici, e i recettori NMDA, i cui canali vengono sbloccati dalla depolarizzazione prolungata. Questo provoca un aumento di  $[Ca^{2+}]_i$ , che attiva PKC e NOS. PKC fosforila varie proteine, tra cui i recettori AMPA (provocando la facilitazione sinaptica) e altre molecole di trasduzione che controllano la trascrizione genica (non mostrato) nella cellula postsinaptica. Il rilascio di NO facilita il rilascio di glutammato (segnale retrogrado altrimenti noto come "ritorno di NO"). (G = glutammato; NMDA = N-metil-D-aspartato; AMPA =  $\alpha$ -amino-3-idrossi-5-metilissosazolo; PI = fosfatidil inositolo; IP<sub>3</sub> = (1,4,5) inositolo trifosfato; DAG = diacilglicerolo; PKC = proteina chinasi; NOS = ossido d'azoto sintetasi.)

**IN J.OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT NEL  
2002 VIENE PRESENTATO IL METODO DI  
TRATTAMENTO INTEGRATO CON NALTREXONE  
(BEHAVIORAL NALTREXONE THERAPY)  
J.L.ROTHENBERG, M.A.SULLIVAN, S.H. CHURC  
ET AL. 2002**

Il metodo prevede di avere come aiuto a rimanere in astinenza **il farmaco**, coinvolgendo una persona o più **persone significative** (terapeuti ed “addestratori”) per il tossicodipendente, in grado di controllare la compliance alla terapia, ed utilizzando come rinforzo eventualmente anche **l’esperienza comunitaria**.

IN UN SECONDO STUDIO, CONDOTTO DA COLIN BREWER E ALTRI, E PUBBLICATO IN SUBSTANCE ABUSE NEL 2003, LA PREVENZIONE DELLA RICADUTA VIENE DEFINITA UN **PROCESSO EDUCATIVO.**

“Imparare ad astenersi dall'alcool e dalle altre sostanze dopo anni di dipendenza coinvolge il fatto di dover sopprimere selettivamente vecchie abitudini inadeguate di pensiero e di comportamento e stabilizzare nuove abitudini adeguate. Questo processo assomiglia ad imparare una lingua straniera”

Carroll e collaboratori in uno studio controllato di pz. a cui è stato somministrato il disulfiram sorvegliato, hanno osservato che questo aumenta significativamente sia l'astinenza sia la ritenzione in trattamenti rispetto agli interventi esclusivamente psicosociali.

Azrin e collaboratori, Gerra e coll., Stanton e Galanter, hanno osservato che i risultati sono ancora migliori quando è **coinvolta la famiglia (altro significativo, secondo lo studio precedente)**.

Secondo Hazlitt più le risposte diventano automatiche più i comportamenti positivi si stabilizzano, “la pratica rende perfetto, le cose si fanno bene quando cessiamo di pensare a come farle”

Tutti gli studi osservati suggeriscono che **l'applicazione di tecniche psicosociali e di terapia comportamentale possono notevolmente migliorare il trattamento con farmaci** e renderli un'alternativa possibile nell'armamentario terapeutico per la dipendenza da sostanze. Un'altra relazione significativa che si è trovata è che più la ritenzione in trattamento aumentavano più gli esami delle urine si dimostravano negative (88% a 8 sett., 88.6% a 16 sett., il 93.4% a 24 sett.), questo è un indice che **la stabilizzazione dei nuovi stili di vita nel tempo aiuta a prevenire le ricadute.**

Pur dimostrando la positività dei metodi di approccio integrato alle tossicodipendenze, l'ostacolo più grande è proprio l'adozione di tali metodi da parte delle strutture sia pubbliche che private che si occupano di questo problema.

Uno studio condotto su tali strutture negli Stati Uniti, da Paul M Roman e J.Aaron Johnson, e pubblicato su J.of Substance Abuse Treatment nel 2002, dimostra proprio tale difficoltà. Sono stati introdotti in tale studio 450 strutture, sia profit che non-profit, sia pubbliche che private.

## Significativamente positivo è :

- il numero di anni che l'amministratore del centro ha lavorato nel campo delle dipendenze oppure i centri più vecchi,
- la quantità di lavoratori con formazione adeguata,
- la presenza di figure mediche, queste in più sono disponibili ad utilizzare il farmaco.
- I centri privati dimostrano un'alta percentuale di approvazione rispetto alle strutture ospedaliere anche se quest'ultime dispongono di più figure mediche.

Questo dimostra che fondamentalmente il fattore più importante è la direttiva di trattamento che si dà la struttura.

**Significativamente negativo è:** che meno della metà dei centri esaminati sono predisposti all'utilizzo di tecniche di trattamento innovative

# Il concetto di "sistema"



**SISTEMA PUBBLICO DEI SERVIZI PUBBLICI  
E PRIVATI INTEGRATI**

# PUNTO DI OSSERVAZIONE

Dipartimento Dipendenze  
Patologiche Z. T. n.9 e 10

Stdp Macerata

Comunità ter 1

Comunità ter 2

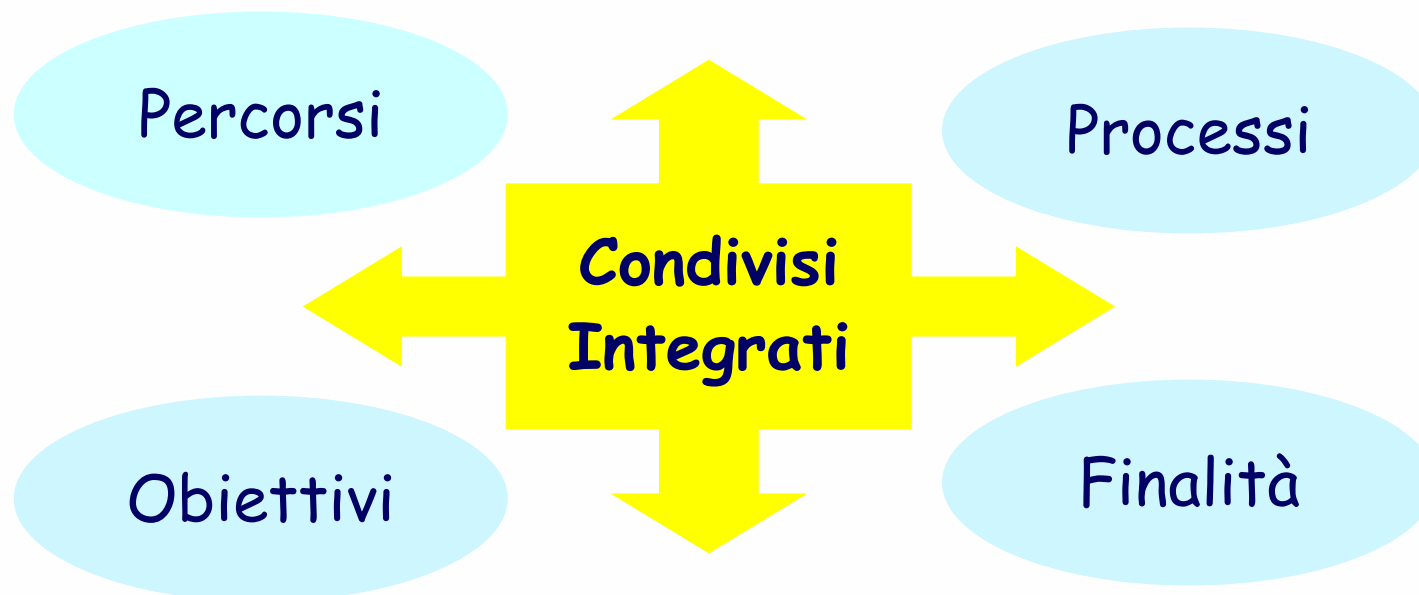
Stdp Camerino

Comunità ter 1

Comunità ter 2

## Definizione del Dipartimento

- ▣ Servizio Pubblico che articola e declina tutte le funzioni di competenza, integrando e connettendo soggetti Pubblici e del Privato Sociale accreditato che concorrono con pari dignità, titolarità e responsabilità, al perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione



# Azioni del Dipartimento

Costruire azioni di prevenzione-cura-inclusione solidali, eque, integrate

Definire azioni terapeutiche appropriate, confrontabili e orientate a criteri di qualità

Determinare azioni territoriali omogenee, anche interdipartimentali

Favorire ed implementare l'incontro e la collaborazione fra culture terapeutiche diverse

Disciplinare l'area di intervento clinico definendo le metodologie, le organizzazioni, le prassi operative

Promuovere il raggiungimento di obiettivi di salute condivisi fra tutti gli interlocutori del sistema

# Azioni del Dipartimento

## Programmazione

- Accesso/tempestività di intervento
- Continuità dell'assistenza
- Concertazione attività territoriali

## Coordinamento

- Diagnosi/trattamento
- Definizione del percorso terapeutico e del referente del caso
- Ottimizzazione della spesa

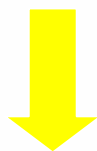
## Verifica

- Valutazione qualità prestazioni
- Valutazione dei risultati

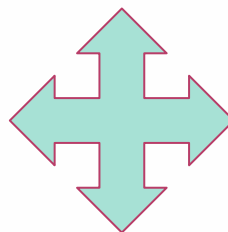
# Struttura organizzativa

## 2° livello: territoriale / zonale

**Programmazione  
operativa**



**Coordinatore di  
Dipartimento**  
*Funzione esecutiva*



**Assemblea**  
*consultivo/propositivo*

**Comitato di  
Dipartimento**  
*decisionale/ di  
programmazione /gestionale*

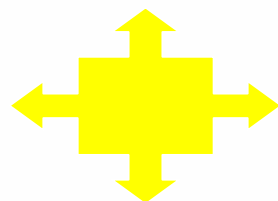
**Ufficio di Staff**  
*Supporto operativo*

# Struttura organizzativa 1° livello: REGIONALE

Agenzia Regionale  
Sanitaria

ASUR  
Azienda Sanitaria  
Unica Regionale

SERVIZIO  
SALUTE



Programmazione  
strategica

Comitato  
interdipartimentale

Consulta  
Osservatorio sociale  
Rete epidemiologica



# Struttura organizzativa

## 1° livello: REGIONALE

### **Programmazione strategica**

- Determina strategie, protocolli dedicati, priorità, programmi speciali, sperimentazioni
- Stabilisce finanziamenti "ad hoc"
- Alloca le risorse (non inferiori al 2% del FSR)
- Dispone un sistema di budget
- Indica i criteri di ripartizione del FNLD
- Verifica la qualità degli interventi
- Dispone i criteri per una formazione permanente integrata
- Determina organico e qualifiche per gli standard operativi adeguati

## STRUTTURA ORGANIZZATIVA L'ORGANO DECISIONALE

### Comitato di Dipartimento

E' composto da:

- ▣ 1 Coordinatore che lo presiede
- ▣ 1 Responsabile U.O. complessa SerT o, se la figura coincide con quella del coordinatore, da nominativo designato dai responsabili delle U.O. semplici del SerT
- ▣ 1 Responsabile U.O. residenziale e semiresidenziale del privato sociale accreditato
- ▣ 1 Responsabile del Distretto
- ▣ 1 Rappresentante dei Coordinatori degli Ambiti Territoriali
- ▣ 2 nominativi eletti dall'Assemblea al proprio interno

Si può avvalere di consulenze e competenze esterne

Si riunisce almeno mensilmente



## Vantaggi:

- Centralità dell' utente
- Governo dell'accesso
- Condivisione delle risorse
- Definizione dell'appropriatezza delle prestazioni e della valutazione degli esiti
- Diminuzione dei costi diretti sanitari (immediati e futuri)
- Diminuzioni costi indiretti (diminuzione dei carichi familiari, perdita di ore di lavoro, migliore qualità di vita.)

# Criticita'

- nel lavoro di tipo trasversale come nel dipartimento i tempi decisionali ed esecutivi sono inevitabilmente più lunghi
- le differenze culturali dei vari membri, di gestione e di ripartizione delle risorse
- La inadeguata, spesso, formazione degli operatori
- Più soggetti uguale : più difficoltà di sintesi e ad essere operativi in tempi brevi

# Ringraziamenti

All' ACUDIPA che mi ha chiesto di portare la mia piccola esperienza di integrazione in questa sede nella persona del dr. Giuseppe Mammana

Al direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche Z. T. n.9 e 10 Marche dr. Gianni Giuli che mi ha gentilmente fornito alcune slide dell'intervento

Alla Comunità P.A.R.S. che è stata la prima ad introdurmi e a formarmi a questo "mondo".

A tutti voi per l'attenzione e la pazienza