

Un Protocollo di assessment-monitoraggio-valutazione di pazienti a bassa evolutività in trattamento residenziale nella Comunità Terapeutico-Riabilitativa "Villa Gorizia"

Adelmo Fiocchi, Claudia Capellini, Moreno Mattioli, Paolo Pianezzola e Simona Rigamonti
 ATIPICA cooperativa sociale onlus (info@atipica.org e www.atipica.org)



Un aggettivo che descrive e caratterizza la tossicodipendenza in senso lato è sicuramente la "complessità", che si riferisce sia alla patologia in se, sia al sistema di cura ad essa collegata. La valutazione è lo strumento fondamentale per capire quanto di gravità vi sia nella complessità. Nell'ambito della tossicodipendenza è difficile valutare l'efficacia dei trattamenti proposti ai pazienti sia perché si tratta per lo più di valutazioni qualitative, sia perché è spesso assente un protocollo validato e condiviso di ammissione ai diversi trattamenti. Inoltre l'elevato carico di lavoro non permette sempre di soffermarsi sull'effetto a lungo termine dei trattamenti proposti. Altrettanto carente è il monitoraggio sistematico delle condizioni di salute dei pazienti in cura e delle altre aree di funzionamento, nonché l'individuazione di precisi criteri di dimissione, attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati, condivisibili e confrontabili, e pertanto utilizzabili sia a livello clinico che di ricerca (Fiocchi et al., 2008).

Dalla letteratura un paziente tossicodipendente si può definire "guarito" quando, dopo la conclusione del programma terapeutico, rimane per almeno cinque anni astinente dall'uso di sostanze psicotrope. Le ricerche di seconda generazione sull'outcome (Tombini et al., 1993) valutano il raggiungimento degli obiettivi intermedi, al di là della guarigione *tout-court*, in relazione alle possibilità dei singoli pazienti. La "guarigione" è cioè pensata come un percorso a tappe, un cammino circolare caratterizzato da remissioni, riacutizzazioni e alternanza di sintomi diversi.

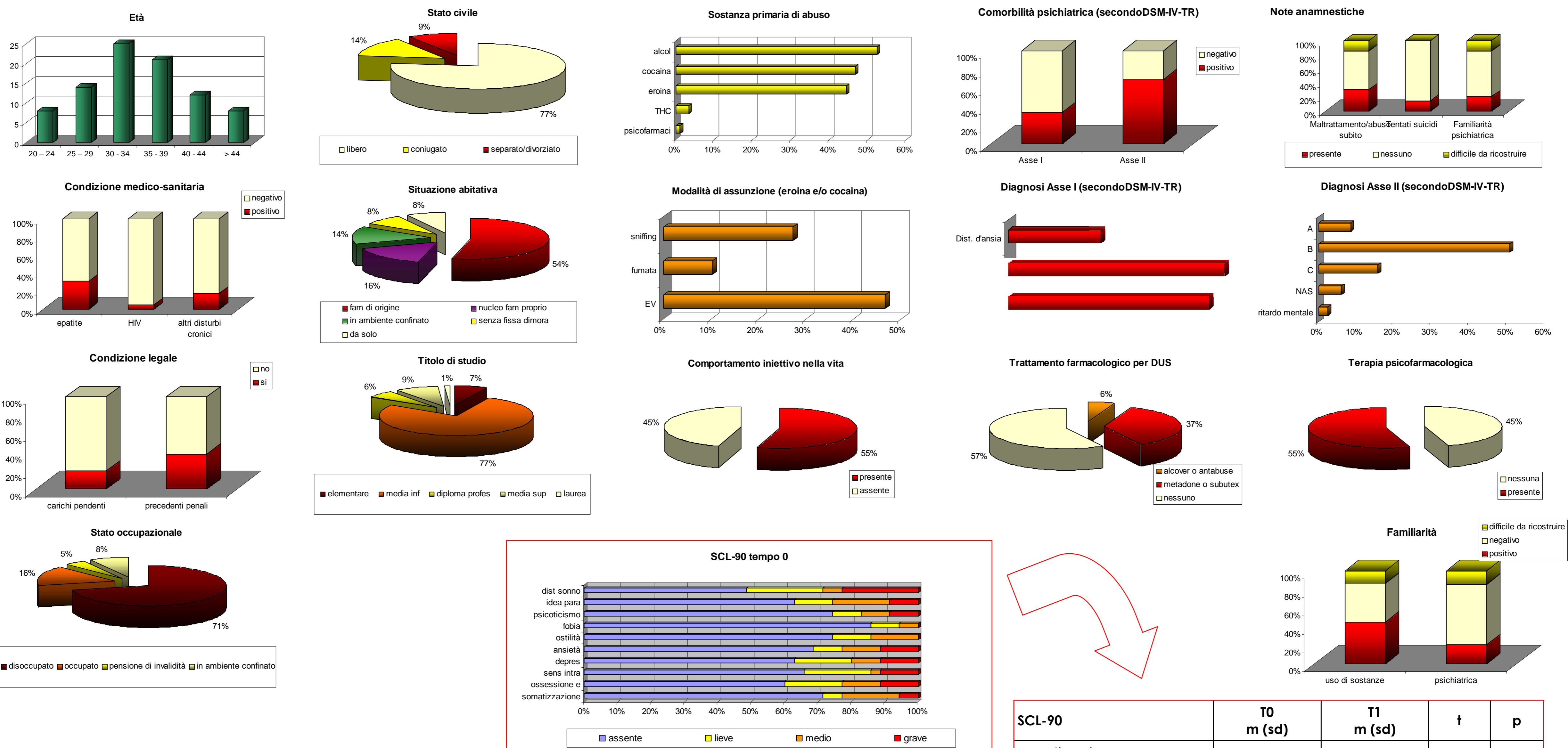
La valutazione svolta dagli operatori di Villa Gorizia è una valutazione di "efficacia interna" sulla coerenza della metodologia adottata in relazione agli obiettivi, effettuata grazie all'utilizzo nella pratica clinica di strumenti di registrazione e di monitoraggio delle condizioni cliniche dei pazienti secondo un protocollo di monitoraggio sviluppato e adottato da circa 4 anni presso il servizio.

Il lavoro presenta i dati preliminari della valutazione di efficacia di Villa Gorizia svolta su un gruppo di 35 soggetti in cura da 6 mesi, tratti da un campione di 89 pazienti tossicodipendenti a "bassa evolutività" in trattamento residenziale presso il servizio. Sono descritte variabili che ne definiscono la gravità in termini di "predittori di esito" alla presa in carico e di "indicatori di esito" quali la sintomatologia psichiatrica e la soddisfazione per la qualità della vita percepita, alla presa in carico e durante il monitoraggio dell'intervento.

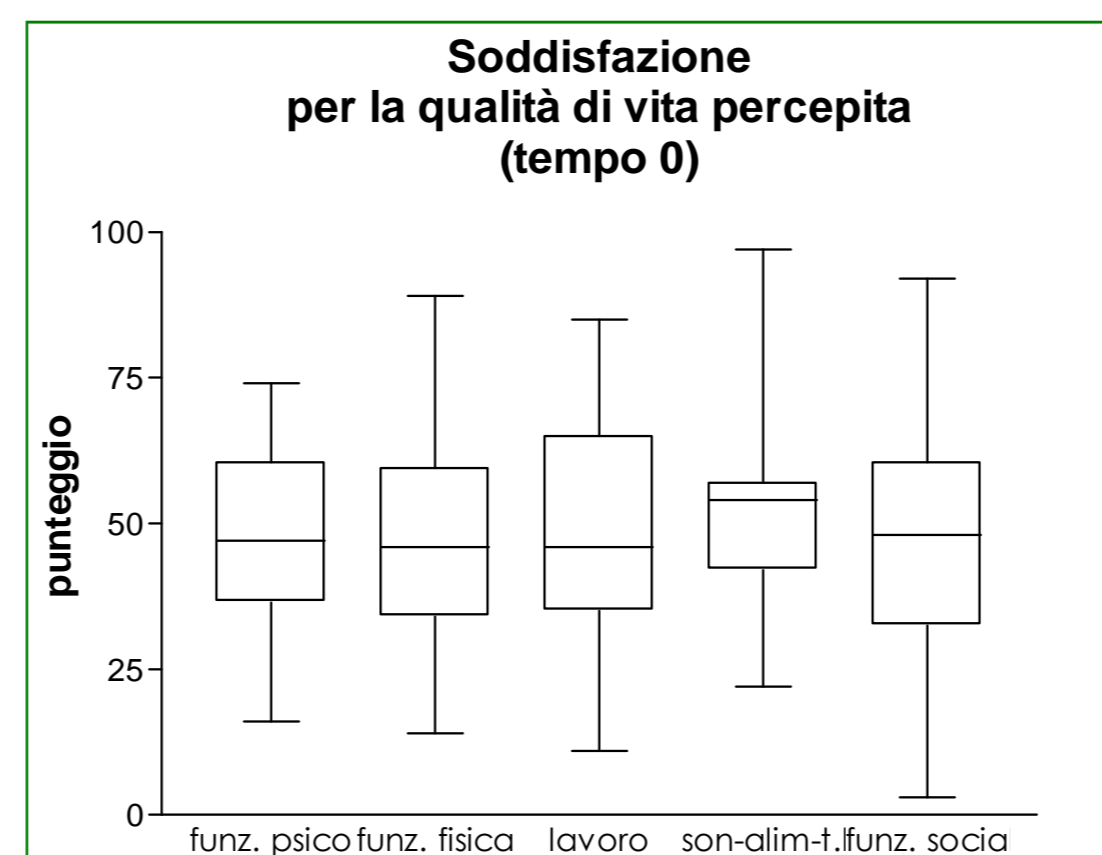
Metodologia e strumenti

Di 89 soggetti tossicodipendenti maschi alla presa in carico è stata valutata la "gravità psicosociale" con *EuropASI* (Consoli e Bennardo, 1995), la "comorbilità psichiatrica" con SCID-1 e SCID-2 (Spitzer e Williams, 1985; Spitzer et al., 1987; 1988; 1989), la "sintomatologia psichiatrica" con *Syntom Check List-90* (Derogatis, 1994; 1997) e la "soddisfazione della qualità della vita percepita" con SAT/P (Majani G., Callegari S., 1998). SCL-90 e SAT/P sono stati somministrati nuovamente a 35 soggetti dopo 6 mesi di trattamento (media 7,5 mesi; ds 3,8). I dati sono stati studiati con test-t di Student (dati appaiati).

CARATTERISTICHE PSICOSOCIALI DELLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO ALLA PRESA IN CARICO



SAT/P	T0 m (sd)	T1 m (sd)	t	p
funz. psicologica	46,75 (16,30)	49,79 (14,83)	-,966	n.s.
funz. fisica	48,96 (19,69)	44,55 (17,60)	1,31	n.s.
lavoro	48,33 (20,70)	50,87 (20,51)	-,567	n.s.
sonno-aliment-tempo libero	54,69 (18,65)	55,78 (19,73)	-,271	n.s.
funz. sociale	47,92 (25,14)	50,09 (25,69)	-,422	n.s.



SCL-90	T0 m (sd)	T1 m (sd)	t	p
somatizzazione	0,73 (0,72)	0,79 (0,68)	-,882	n.s.
ossessione e compulsione	1,07 (0,79)	0,95 (0,64)	1,243	n.s.
sens intra	0,86 (0,79)	0,77 (0,66)	,696	n.s.
Depress	0,99 (0,69)	0,96 (0,82)	,239	n.s.
Ansietà	0,85 (0,71)	0,78 (0,71)	,752	n.s.
Ostilità	0,63 (0,60)	0,66 (0,56)	-,284	n.s.
Fobia	0,33 (0,48)	0,25 (0,31)	,975	n.s.
Psicoticismo	0,71 (0,76)	0,67 (0,68)	,415	n.s.
idea para	0,81 (0,71)	0,78 (0,71)	,321	n.s.
dist sonno	1,16 (1,09)	1,06 (1,12)	,461	n.s.
GT	72,94 (54,85)	69,17 (51,98)	,588	n.s.
GSI	0,81 (0,61)	0,77 (0,58)	,588	n.s.
PST	40,86 (21,19)	40,34 (21,33)	,193	n.s.
PSDI	1,64 (0,54)	1,55 (0,47)	1,318	n.s.

Conclusioni

Dopo 6 mesi di trattamento la sintomatologia psichiatrica dei pazienti a "bassa evolutività" non si è modificata in modo rilevante: i primi mesi di trattamento sono dedicati secondo il progetto terapeutico-riabilitativo del Servizio a stabilizzare la sintomatologia, alla disintossicazione, alla prevenzione dell'abbandono precoce del trattamento e quindi di ricadute importanti e overdose, al contenimento delle condotte auto ed etero lesive. La stabilizzazione della sintomatologia e la prevenzione del peggioramento soprattutto in seguito alla disintossicazione permette indirettamente di ridurre il drop-out. Ottenuta la stabilizzazione dei sintomi e una condizione drugfree, anche attraverso l'apporto della psicofarmacologia, è possibile definire con maggiore chiarezza il quadro e la diagnosi a stampo provvisorio. Anche la soddisfazione per la qualità percepita della vita non si modifica in modo significativo nei primi mesi dopo la presa in carico: il lavoro è infatti volto alla "conoscenza" e non ancora al "cambiamento". Il paziente viene "fermato" e motivato a cooperare in un processo di studio che permette di definire gli aspetti salienti per orientare il lavoro terapeutico-riabilitativo della fase successiva. L'obiettivo chiaro, concreto e condiviso con l'équipe di migliorare aspetti che incidano sulla qualità della vita migliora la capacità di collaborare per la cura, ne facilita la pianificazione e motiva il paziente ad attivarsi.

Considerata la compromissione e il basso grado di evolutività di questi pazienti, ci attendiamo il miglioramento della sintomatologia e cambiamenti significativi nella percezione della qualità della vita in seguito della realizzazione dei progetti terapeutici individualizzati rilevabili attraverso monitoraggi in fasi più avanzate del trattamento.

Bibliografia di riferimento

- Consoli A., Bennardo A. (1995), *Diagnosi e Valutazione nelle Tossicodipendenze e nell'Alcolismo - Addiction Severity Index*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Derogatis LR (1994), *Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual*, National Computer Systems, Minneapolis.
- Derogatis LR. (1997), *The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures - Manual I*, Clinical Psychometric Research Unit, John Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.
- Fiocchi A., Madeddu F., Rigliano P., Pianezzola P., Ripamonti A., (a cura di), *Il trattamento residenziale delle dipendenze in comorbilità: dalla teoria alla pratica*, Franco Angeli, Milano 2008.
- Majani G., Callegari S. (1998), *SAT-P Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*, Erickson, Trento.
- Tombini P., Fugazzola P., Tidone L., "Follow-up da due a 8 anni dei trattamenti per le tossicodipendenze in un servizio pubblico italiano", *Salute e prevenzione - Rassegna italiana delle tossicodipendenze*, anno X, n. 7, pp.7-19,1993.