

# **PRINCIPI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI PER I TRATTAMENTI DELLA DIPENDENZA DA COCAINA**

Giovanni Serpelloni\*, Francesco Zavattaro\*\*

\* Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Regione Veneto

\*\* SDA - BOCCONI, Dir. Master in General Management in Sanità

## **INTRODUZIONE**

Attualmente i sistemi sanitari regionali per l'assistenza ai tossicodipendenti sono, per la stragrande maggioranza dei casi, orientati al trattamento delle persone con dipendenza da eroina, strutturati cioè in un modo che, per le peculiari e diverse caratteristiche dei pazienti che presentano dipendenza da cocaina, sono attualmente poco idonei a fornire assistenza a questo gruppo di persone in difficoltà.

Lo sforzo che stanno facendo in questi anni è quello di adeguare i vecchi sistemi ai nuovi bisogni, purtroppo con tutte le inerzie e le complicazioni che tali operazioni comportano. Le difficoltà non dipendono solo dal fatto che questa tipologia di pazienti è poco conosciuta nelle sue caratteristiche di fondo e nei suoi bisogni, ma anche dal fatto che solitamente si tenta un adeguamento dei vecchi sistemi alle nuove problematiche che si presentano. Spesso, infatti, non ci si rende conto del fatto che sia le strutture sia gli operatori presentano caratteristiche di base che poco collimano con i nuovi bisogni degli utenti e che probabilmente è necessario pensare ad un nuovo sistema, che non passi solo attraverso semplicistiche e uniche soluzioni strutturali (nuove unità organizzative, più risorse umane ecc.) ma, soprattutto, attraverso lo sviluppo e l'acquisizione di una nuova cultura professionale degli operatori, dei dirigenti aziendali e regionali. Oltre a questo aspetto è innegabile che anche l'organizzazione generale dei servizi debba rapidamente adeguarsi.

Le condizioni contingenti e la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse porta ad una conseguente maggiore integrazione di alcune componenti sanitarie che, ad oggi, sono state poco presenti ed utilizzate nel sistema delle dipendenze: i medici di medicina generale, le cliniche private (convenzionate o no), gli ambulatori e i centri specialistici, le unità di emergenza.

Un grande passo avanti dovrà, inoltre, essere fatto nella riconversione della rete delle attuali comunità terapeutiche, sempre più in crisi sia per la diminuzione degli ingressi (e quindi la conseguente riduzione degli introiti necessari per la sopravvivenza dell'organizzazione stessa), sia per il profondo cambiamento delle caratteristiche dell'utenza che necessita di un forte adeguamento delle modalità assistenziali che, con tanta fatica, nel tempo si erano apprese e consolidate (1).

Non vi è dubbio che, un patrimonio organizzativo ed umano di questo tipo, debba trovare una nuova valorizzazione e che questo debba avvenire con una nuova specializzazione dei modelli organizzativi e dei sistemi assistenziali residenziali e semiresidenziali fino ad oggi utilizzati. L'emergenza cocaina e il futuro che verrà, possono costituire un'importante ed effettiva opportunità per recuperare e rivalorizzare questo patrimonio e contemporaneamente per soddisfare bisogni sociosanitari della comunità estremamente rilevanti ed importanti.

### **BISOGNI ED OFFERTE**

Da un punto di vista organizzativo, al fine di riorganizzare una valida offerta, è utile comprendere che esistono diverse macrotipologie di pazienti e che non tutti esplicitano una domanda di assistenza. Fondamentalmente, al solo scopo di poter affrontare in maniera pratica il problema dell'organizzazione di una rete assistenziale per il trattamento, potremo distinguere 5 macrocategorie di domanda in base all'afferenza alla rete assistenziale attualmente esistente:

1. soggetti che si rivolgono ai servizi pubblici (Sert);
2. soggetti già in carico ai servizi pubblici e spesso in trattamento anche per altre droghe;
3. soggetti che si rivolgono a servizi sanitari privati (cliniche, ambulatori, centri specializzati) e che non gradiscono recarsi presso i servizi pubblici;
4. soggetti che accedono ai servizi di emergenza per overdose o patologie acute correlate all'abuso di cocaina e crack (es. incidenti stradali, episodi cardiovascolari ecc.);
5. soggetti che non si rivolgono a nessun tipo di servizio.

È innegabile che le macrocategorie si autodefiniscono in base ad una serie di fattori quali, per esempio: la possibilità di sostenere le spese di trattamenti in centri privati ad alto costo; la necessità di privacy in base alla posizione sociale e professionale occupata; la distanza dai centri di cura; la possibilità di assentarsi e dare discontinuità al lavoro; il livello di qualità delle condizioni di cessione delle prestazioni e delle condizioni alberghiere desiderato; il grado di motivazione al trattamento; la gravità e il disagio derivante dai disturbi cocaina correlati ecc.

Nello strutturare sistemi di risposta alle esigenze socio-sanitarie di questa parte di popolazione, quindi, è necessario procedere con un approccio integrato che tenga conto del fatto che i pazienti possono trovarsi in vari punti del sistema sanitario e che per ottenere una risposta efficace e nello stesso tempo economicamente performante, è necessario prevedere un forte coordinamento organizzativo che razionalmente si orienti verso modelli di tipo dipartimentale.

Tutto questo al fine di organizzare una "filiera produttiva" che possa dare risposte complete su tutta la gamma di bisogni sociosanitari dei soggetti assuntori di cocaina e crack.

### **ALCUNE INDICAZIONI RIPORTATE IN LETTERATURA: I LIVELLI DI ASSISTENZA**

Un importante documento inglese sui trattamenti e sulle modalità di intervento per la dipendenza da cocaina e crack (2), definisce alcune linee generali di indirizzo derivanti dall'osservazione pratica e dalle evidenze scientifiche, che risulta utile considerare al fine di definire possibili modelli assistenziali e assetti organizzativi per i sistemi sanitari deputati ai trattamenti della dipendenza cocaina. Le considerazioni che devono essere valutate possono essere così riassunte:

1. gli interventi più efficaci sembrano essere quelli di tipo psico-sociale sotto forma di terapia

- di gruppo o counseling individuale all'interno di setting residenziali o ambulatoriali giornalieri;
2. i consumatori con problematiche maggiori richiedono un trattamento intensivo residenziale;
  3. i servizi devono specializzarsi nell'utilizzare strategie specifiche per attrarre questa tipologia di assuntori che differiscano da quelle standard per gli utilizzatori di sostanze oppiacee, sia per quanto riguarda il primo contatto che per l'intero svolgimento del trattamento;
  4. i tempi di attesa per il trattamento devono essere necessariamente brevi;
  5. non esiste una farmacoterapia univocamente riconosciuta per il trattamento della dipendenza da cocaina, pertanto l'utilizzo di farmaci è motivato dalla presenza di una dipendenza da altre droghe stupefacenti oppure dalla concomitante presenza di problemi di salute mentale;
  6. il fenomeno del policonsumo deve essere considerato attentamente;
  7. gli operatori delle tossicodipendenze devono ricevere una formazione specifica sugli effetti della sostanza, le conseguenze dell'abuso e le problematiche specifiche ad essi correlate poiché spesso gli utenti dei servizi riferiscono di aver riscontrato una scarsa preparazione da parte degli operatori.

La National Treatment Agency (NTA) (3) fissa vari livelli di assistenza e ritiene che i servizi per il trattamento della dipendenza da cocaina e da crack dovrebbero sviluppare un sistema di assistenza integrato dei diversi livelli, in modo da permettere un passaggio flessibile da una forma all'altra di trattamento in base alle esigenze specifiche del paziente.

### *1° livello: assistenza primaria ("Primary Care")*

Includono servizi di assistenza primaria, di sostegno sociale, accoglienza-ricovero, prevenzione dei rischi per la salute, interventi di crisi, servizi psichiatrici generici.

Come tutti gli assuntori di sostanze stupefacenti e alcol, anche gli utilizzatori di cocaina sono esposti a generici e specifici problemi di salute (salute cagionevole, problemi polmonari, cardiovascolari e problemi di salute mentale) che richiedono un primo livello di cura.

1. I sintomi fisici collegati all'abuso di cocaina e di crack devono essere riconosciuti in prima istanza e devono ricevere una valutazione appropriata con successivo invio agli specialisti. Particolare attenzione va rivolta alle situazioni d'urgenza (sintomatologia cardiovascolare, polmonare, overdose);
2. i consumatori di cocaina e di crack riportano spesso dei problemi di salute mentale (ansia, depressione, paranoia e psicosi) conseguenti all'abuso, oppure un'esacerbazione delle condizioni psicologiche già esistenti. Per questo motivo devono essere stilati dei protocolli di intervento specifici per le problematiche che possono essere riportate in fase di accoglienza;
3. riduzione del rischio per la salute. I servizi per le tossicodipendenze devono attrezzarsi con strategie e pratiche specifiche per informare ed educare gli assuntori (scambio di siringhe per coloro che utilizzano la via endovenosa) al fine di aumentare la consapevolezza circa i rischi associati all'assunzione della sostanza. Un'attenzione particolare va rivolta agli assuntori di crack che tendono ad iniettarsi la sostanza più frequentemente rispetto agli utilizzatori di eroina causando maggiori danni ai tessuti e alle vene. È necessario, inoltre, specializzarsi sulle possibili cause di morte correlate all'uso di cocaina e crack;
4. HIV ed epatiti: la via endovenosa è in aumento per gli assuntori di crack, che in tal modo si espongono ad un maggiore rischio di contrarre patologie infettive quali HIV ed Epatiti.
5. Sistemazione in alloggi per gli utenti più disagiati e senza tetto (soprattutto utilizzatori di crack o utenti già in trattamento per la dipendenza da eroina che utilizzano anche cocaina)

tramite il lavoro degli assistenti sociali.

6. campagne informative specifiche per cocaina e crack

*2° livello: “Intervention” Servizi per l’abuso di sostanze con accesso aperto:*

Includono servizi di informazione sulle droghe e sui trattamenti, servizi di primo contatto, servizi di strada (riduzione del rischio per la salute), piani di trattamento per persone con problemi di giustizia. Il primo obiettivo è quello di favorire la consapevolezza che l’assunzione della sostanza è un problema.

A questo livello, i servizi dovrebbero offrire informazioni sulla dipendenza da cocaina e crack, interventi di strada per la riduzione del rischio per la salute, colloqui di assessment, colloqui motivazionali al trattamento, prescrizione di farmaci, assistenza sociale (per alloggio, impiego, benefici, debiti), consulenza legale, sostegno per i familiari. Questi servizi devono permettere un invio diretto alle strutture specializzate nel caso in cui vengano rilevate complicanze mediche e psichiatriche.

*3° livello: Servizi per il trattamento dell’abuso di sostanze – “Community-based”*

Sono servizi che offrono disintossicazione, un sostituto farmacologico alla sostanza illegale, una pianificazione di cura, psicoterapia e consulenza strutturate, programmi giornalieri strutturati, terapia per pazienti con problemi di giustizia, programmi post-trattamento residenziale o post detenzione, terapie complementari. Un’indicazione interessante per la strutturazione dei programmi ambulatoriali è la flessibilità degli orari, in quanto spesso gli assuntori di cocaina, soprattutto se riportata come sostanza primaria, trovano delle difficoltà nel rendere compatibili gli impegni di lavoro con la necessità di una cura. Un’idea potrebbe essere quella di offrire degli spazi serali o nei weekend. I servizi per le tossicodipendenze, infatti, tendono a fornire delle offerte di trattamento modellate sulle esigenze degli utenti tradizionali (eroinomani per la maggioranza) che solitamente sono disoccupati o al di fuori dell’iter scolastico.

*4° livello: Servizi residenziali per persone dipendenti da alcol e droghe (“Inpatient Treatment”, “Residential Rehabilitation”)*

A questo livello di assistenza vengono indirizzati gli utenti che presentano una storia clinica più grave e che richiedono pertanto un intervento di cura più intensivo.

Questi servizi offrono programmi intensivi e strutturati in un ambiente residenziale o in ospedale in regime di ricovero e mirano al raggiungimento dell’astinenza e al mantenimento nel tempo degli obiettivi terapeutici raggiunti. Essi possono fornire interventi ad ogni livello della riabilitazione: disintossicazione, riabilitazione, programma post-trattamento. Alcuni hanno una formula di accesso libera, altri richiedono l’invio da parte di medici, di servizi sociali o sanitari. Ogni servizio riabilitativo offre programmi diversificati circa la durata e l’intensità del programma sulla base dell’approccio psicoterapico proposto. La maggioranza dei centri richiedono, come condizione di accesso, lo stato astinente, sebbene molti abbiano al loro interno servizi di disintossicazione. Sono previsti anche trattamenti per persone che vengono segnalate dagli Organi di Giustizia.

**INDICAZIONI PRATICHE DEL “NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUSTANCE MISUSE” PER GLI OPERATORI**

Oltre all'elenco dei quattro livelli di assistenza, il “National Treatment Agency for Substance Misuse” (2) fornisce anche i punti che devono essere sviluppati e rinforzati dagli operatori del settore al fine di offrire un trattamento efficace per i consumatori di cocaina e crack.

1. Gli operatori devono ricevere una formazione specifica sugli effetti della cocaina e del crack e sui comportamenti d'abuso correlati. Devono, pertanto, avere una competenza particolare relativamente a:
  - differenze tra cocaina e crack;
  - diverse tipologie di assuntori e diversi background socio-culturali;
  - attenzione particolare alle differenze tra i sessi (cocaina e disturbi alimentari, crack e prostituzione, maternità, ecc.);
  - diversi contesti di assunzione;
  - effetti fisici e psichici delle due sostanze;
  - vie di somministrazione ed effetti correlati;
  - rischi e conseguenze fisiche e psicologiche associate;
  - fenomeno del policonsumo (associazione di cocaina e altre sostanze stupefacenti oppure cocaina e alcol);
2. l'équipe all'interno dei servizi deve necessariamente essere multidisciplinare (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed educatori), in modo da riuscire a far fronte alle specifiche esigenze degli utenti e indirizzare correttamente il livello di cura;
3. devono essere predisposti interventi informativi e strategie specifiche per la riduzione del rischio per la salute (scambio di siringhe, interventi educativi per comportamenti sessuali sicuri), specializzati anche relativamente alla diversa modalità di assunzione (iniettiva, inalatoria, respiratoria, orale) che si correla a rischi diversi;
4. è indispensabile coinvolgere le famiglie e gli amici dei consumatori fornendo informazioni specifiche sulle sostanze, counseling e gruppi di auto-aiuto;
5. i servizi devono prevedere, all'interno dei loro programmi, gruppi per la prevenzione della ricaduta e per la gestione del comportamento d'abuso in modo da fornire agli utenti valide strategie e tecniche per far fronte alle situazioni a rischio (trigger). Tali gruppi sono utili a tutti i livelli di cura, sebbene siano indispensabili e di fondamentale importanza nelle prime fasi del trattamento e in quelle post-trattamento;
6. oltre alle classiche offerte di trattamento si consiglia caldamente di aggiungere all'interno dei propri programmi anche le cosiddette “terapie complementari” (agopuntura auricolare, tecniche di rilassamento ecc) che aumentano l'attrattività degli utenti ai servizi e spesso agevolano anche la ritenzione in trattamento;
7. affinché i programmi riabilitativi risultino efficaci, è necessario sviluppare strategie specifiche post-trattamento per il mantenimento degli obiettivi terapeutici raggiunti;
8. al fine di attrarre gli utenti ai servizi è utile prendere in considerazione alcuni aspetti di base:
  - pubblicizzazione delle offerte disponibili tramite posters, radio, informazione nelle scuole;
  - offrire programmi basati sulla riservatezza e sulle flessibilità in relazione ai bisogni dell'utenza;
  - ridurre i tempi di attesa per la presa in carico e il trattamento, dal momento che la richiesta di aiuto, spesso, arriva quando il paziente si trova in una forte situazione di crisi.

**SINTESI DELLE CARATTERISTICHE GENERALI DEI CENTRI CHE TRATTANO LA DIPENDENZA DA COCAINA**

Addentrando sempre più nella dimensione pratica della questione, è necessario prendere in considerazione ulteriori informazioni utili alla strutturazione futura dei sistemi assistenziali. Tali informazioni derivano dalla disamina della letteratura esistente (vedi per approfondimenti l'articolo specifico *“Offerte terapeutiche e di supporto psicologico per le persone con dipendenza da cocaina: rassegna dei piani governativi e dei centri per il trattamento da cocaina”* G. Serpelloni, S. Bertoncelli) e dall'osservazione diretta del nostro gruppo di lavoro. Nella pratica clinica, al di là delle aspettative e delle indicazioni teoriche di indirizzo, si può rilevare che:

1. La maggior parte dei centri internazionali che offrono trattamenti per la dipendenza da cocaina offrono anche contemporaneamente trattamento per altre dipendenze. Esistono rari centri specializzati solo sulla cocaina;
2. la maggioranza delle cliniche applica programmi individualizzati con un adattamento degli obiettivi alle caratteristiche e ai bisogni del paziente;
3. la maggior parte delle offerte propone un trattamento di disintossicazione medica iniziale seguito da un approccio fondamentalmente di tipo psico-sociale, sotto forma di terapie di gruppo o individuali;
4. l'approccio psicologico più utilizzato, soprattutto nei paesi anglosassoni e americani, è quello cognitivo comportamentale, accompagnato da un supporto di gruppo, spesso attraverso le organizzazioni dei Narcotici Anonimi. Molto ridotto è, invece, l'utilizzo dell'approccio psicoanalitico applicato in modo isolato ed esclusivo;
5. i programmi ambulatoriali vengono attivati, soprattutto, per quelle persone che presentano una storia clinica meno grave e che hanno minor possibilità economiche e/o impossibilità di assentarsi dal lavoro per lunghi periodi di tempo, come sarebbe richiesto per la partecipazione a programmi residenziali;
6. la durata media dei programmi oscilla tra i 3 e i 6 mesi, con alta variabilità da organizzazione ad organizzazione ed in relazione alla storia individuale del paziente;
7. un ruolo rilevante gioca la partecipazione da parte del paziente a gruppi di auto-aiuto post-trattamento intensivo, che viene caldamente consigliata, soprattutto dalle cliniche americane, al fine di ridurre le probabilità di recidiva e migliorare l'efficacia del trattamento nel lungo termine;
8. gli ambienti di erogazione dei trattamenti sono fondamentalmente tre: ambulatoriale, residenziale e domiciliare (anche se non molto frequente), oppure è prevista una integrazione dei tre ambienti all'interno di un percorso terapeutico programmato in fasi successive. Esse vedono, in prima battuta, un trattamento intensivo di detossificazione ed antiastinenziale e successivamente cure semi-intensive per la riabilitazione e il rinforzo di comportamenti di sobrietà;
9. nell'analisi fatta, si ritrovano soprattutto organizzazioni operanti nel privato che, nelle loro offerte, enfatizzano molto gli aspetti relativi alla privacy del trattamento e degli ambienti di cura. Oltre alle classiche sessioni di terapia individuale e di gruppo, vengono proposte anche terapie complementari, quali: agopuntura auricolare, tecniche di rilassamento per la gestione dello stress e dell'ansia associati alla sospensione dell'assunzione della sostanza. Sebbene non sia ancora nessuna prova sull'efficacia di questi trattamenti, essi vengono comunque proposti poiché aumentano l'attrattività per i pazienti e spesso aumentano la ritenzione in trattamento (2);

10. in molti di questi centri si ritrovano programmi paralleli e coordinati per la detossificazione da alcol, dipendenza questa frequentemente associata a quella da cocaina.

Va ricordato, però, che le varianti tra i diversi paesi possono risentire sicuramente del tipo di Sistema Sanitario nazionale esistente e di come l'assistenza sanitaria pubblica fornisca al cittadino risposte concrete e gratuite ai problemi correlati all'uso di cocaina e/o altre sostanze stupefacenti e alcoliche.

#### **ACCESSIBILITÀ E PERMANENZA IN TRATTAMENTO: L'IMPORTANZA DELL'ANONIMATO**

Uno dei problemi principali segnalati circa l'accessibilità ai servizi, soprattutto da parte dei soggetti integrati socialmente e che hanno un'occupazione, è la necessità di accedere a programmi che garantiscano la riservatezza tramite la non registrazione dei dati anagrafici in archivi che potrebbero essere facilmente consultati da varie persone all'interno del Sistema Sanitario. Dal momento che questa esigenza è molto sentita e condiziona l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche, sarà necessario strutturare processi assistenziali fortemente orientati e predisposti ad assistere le persone in assenza di dati anagrafici e, cioè, in completo anonimato, cosa peraltro prevista esplicitamente dalla legislazione specifica per le tossicodipendenze.

#### **TIPOLOGIE DI TRATTAMENTI DISPONIBILI ED EFFICACI E CORRELAZIONI CON GLI ASSETTI ORGANIZZATIVI E I PROCESSI ASSISTENZIALI**

Anche le diverse tipologie di trattamenti a disposizione possono influenzare l'organizzazione assistenziale da adottare. Le tipologie di terapia più utilizzate sono senz'altro quelle dei Gruppi psicologici e dei gruppi di auto-aiuto utilizzate, soprattutto, negli Stati Uniti.

Da una sintetica disamina eseguita da alcuni autori, gli approcci più diffusi possono essere ricondotti ad alcune principali macro-tipologie, distinguibili per il ricorso a diverse e specifiche modalità di trattamento dei problemi di dipendenza (vedi per approfondimenti articolo specifico "*Volontà di Potenza, Cocaina e terapie di gruppo*", V. Marino).

Tabella n. 1: Principali tipologie di trattamenti per la dipendenza da cocaina (*"Volontà di Potenza, Cocaina e terapie di gruppo"*, Marino V., 2006).

<b>Gruppi di supporto psicologico</b>
<p><i>Gruppi di Self-Help dei 12 passi</i> (Cocainomani Anonimi, Narcotici Anonimi, CDA ) che, a partire dal primo modello di AA (fondato nel 1935 da due uomini, Bill Wilson, un agente di commercio, e il Dottor Bob, nel tentativo di aiutarsi a vicenda a smettere di bere); costituiscono il modello di Gruppo di Self-help più diffuso</p>
<p><i>Gruppi di Counseling sulle droghe</i> (GDC), di durata definita, modello "professionale" più diffuso</p>
<p><i>Gruppi di matrice cognitivo-comportamentale</i>, di durata definita, quali i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction)</li> <li>• Modelli di fase (di Banys e Washton) (4)</li> </ul>
<p><i>Gruppi di matrice psicodinamica</i>, senza limiti prefissati di tempo, quali i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MDGT (Terapia Dinamica modificata di gruppo) di E.J. Khantzian (5)</li> <li>• IGP (Gruppi di Terapia Interpersonale) di Rounsaville (6), ispirati al modello di psicoterapia interattiva di Gruppo di Yalom (7-8), meno diffusi.</li> </ul>
<b>Terapie farmacologiche</b>
<p><i>Anticorpi anti-cocaina</i></p>
<p><i>Inibitori del "carrier" delle amine:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analoghi della cocaina: RT1-55, GBR, ̢-CIT, MC-N-5652, Benzotropine, Ifentropil,</li> <li>• Psicostimolanti: Methilphenidato, Bupropione, Mazindol</li> <li>• Antidepressivi: Imipramina, Desipramina, Nortriptilina, Fluoxetina, Paroxetina, Clomipramina,</li> </ul>
<p><i>Stimolatori del rilascio di amine:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DA → Amantadina</li> <li>• 5-HT → Fenfluramina</li> <li>• NE+DA+5-HT → Dietilpropione, anfetamine</li> </ul>
<p><i>MAO-inibitori</i></p>
<p><i>Revulsivanti:</i> Disulfiram</p>
<p><i>Antagonisti dei recettori Dopaminergici:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D2 Agonisti: Bromocriptina, Amantadina</li> <li>• D2 Antagonisti: Pergolide, Lisuride</li> <li>• D2+D1 Antagonisti: Flupentixolo</li> <li>• D2+D3 Antagonisti: Haloperidolo</li> <li>• D2+5-HT2a Antagonisti: Clozapina, Risperidone, Olanzapina</li> </ul>



<p><i>Altri Mediatori:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GABA: Carbamazepina, Baclofen,</li> <li>• Glutaminergico: Destrofanolo</li> <li>• Oppiacei Antagonisti: Naltrexone</li> <li>• Agonisti/Antagonisti: Buprenorfina</li> <li>• K-antagonisti: U 50.488</li> <li>• Ca-antagonisti: Nifedipina, Nimedipina</li> </ul>
<p><b>Approcci Psicosociali:</b></p>
<p><i>Counseling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuale (IDC*)</li> <li>• di Gruppo (GDC**)</li> </ul>
<p><i>Terapia Cognitivo-comportamentale (CT):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contingency Management Approach:</li> <li>• Aversive Counting Conditioning (Hanker 1982; Elkins 1993)</li> <li>• Rewarding (Higgins 1991, 1996) (9-10)</li> <li>• Relapse Prevention</li> <li>• Coping Skill Training (Monti 1989) (11)</li> <li>• Motivational Enhancement (Miller 1985) (12)</li> <li>• Cue Exposure (O'Brien – Mc Lellan 1990) (13)</li> <li>• Relapse Prevention Training</li> <li>• CTAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction)</li> </ul>
<p><i>Terapia psicodinamica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supportivo Espressivo – SE (Luborsky 1984) (14)</li> <li>• Interpersonale (Rounsaville 1985) (6)</li> <li>• Dinamica di Gruppo (Khantzian 1990) (15)</li> </ul>
<p><i>Modelli Integrati:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Community Reinforcement (Azrin 1976) (16)</li> <li>• Neurobehavioral Model (Matrix/Washton) (17)</li> </ul>

Trattamenti così variegati vengono erogati in ambienti ed in tempi diversi, condizionando l'esistenza di forti interdipendenze e quindi di forte integrazione dei processi assistenziali. Di conseguenza, è necessario prevedere processi ed assetti organizzativi che permettano una buona continuità ed integrazione tra le unità operative del sistema pubblico e del privato sociale accreditato ma anche del volontariato che, spesso, gestisce in maniera molto efficace questa problematica tramite gruppi di auto-aiuto.

#### ORGANIZZAZIONE SANITARIA E FASE CLINICA DEL PAZIENTE

Nel mettere a punto i sistemi e le organizzazioni sanitarie deputate all'assistenza dei pazienti con dipendenza da cocaina, è necessario tenere conto di diversi fattori oltre, ovviamente, agli aspetti sanitari ed ai rischi per la salute strettamente correlati all'uso di questa sostanza (gravità clinica). L'organizzazione sanitaria, intendendo con questo termine soprattutto l'organizzazione dell'offerta, dovrà considerare, infatti, la fase clinica in cui si trova il paziente e il grado e il tipo di motivazione che esprime nel voler intraprendere e mantenere un trattamento.

Tabella n. 2: Principali fasi cliniche, caratteristiche e necessità derivanti

	<b>Fase</b>	<b>Caratteristiche</b>	<b>Indicazioni organizzative per la strutturazione dell'offerta</b>
1	Paziente in fase di iniziazione all'uso di sostanze	Soggetto che assume saltuariamente la sostanza, da breve tempo, in assenza di dipendenza. Di solito con ridotte problematiche sanitarie e bassa motivazione al cambiamento	Ambiente: Informale non sanitario, esterno Accesso: semplificato, ricerca del contatto attivo Interventi: informativo, motivazionale, riduzione del rischio Operatori: addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio
2	Intossicazione acuta (overdose)	Consequente ad un sovradosaggio di assunzione della sostanza con gravi conseguenze sanitarie e pericolo di vita. In questa fase, se il paziente sopravvive, è possibile che la motivazione al cambiamento possa subire cambiamenti positivi in relazione al grave trauma subito. Il proporre percorsi di detossificazione e riabilitazione in questo momento potrebbe risultare utile e proficuo.	Ambiente: sanitario di assistenza intensiva, Ospedale Accesso: urgente, non volontario Interventi: ripristino ed assistenza funzioni vitali, proposta post trattamento intensivo di inserimento in trattamento per la dipendenza con accompagnamento attivo ai centri di cura Operatori: addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio
3	Astinenza / Craving	Consequente a non assunzione della sostanza, desiderio/ricerca della sostanza accompagnata da sintomi psicofisici. Le condizioni di salute sono in relazione alla durata della tossicodipendenza. La motivazione al trattamento solitamente, anche se presente, non è intensa e duratura tale da portare all'intraprendere un trattamento. Il desiderio e la ricerca conseguente all'astinenza presenta un drive molto più forte della ricerca del cambiamento attraverso un trattamento che spesso ha bisogno di tempi, attese e sforzi molto più lunghi ed impegnativi di quelli necessari per procurarsi la droga.	Ambiente: sanitario di assistenza semintensiva, ambulatoriale o domiciliare o residenziale Accesso: volontario, programmato Interventi: sintomatico farmacologico e di supporto psicologico, proposta post trattamento sintomatico di inserimento in trattamento per la dipendenza con accompagnamento attivo ai centri di cura Operatori: medici e psicologi addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio
4	Intossicazione cronica con dipendenza:		
	<i>4.1 dipendenza con refrattarietà al trattamento (precontemplazione)</i>	Presenza di addiction con indisponibilità al trattamento, negazione del problema e non percezione del rischio.	Ambiente: Informale non sanitario, esterno Accesso: semplificato, ricerca del contatto attivo Interventi: informativo, motivazionale, Operatori: addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio

	<b>Fase</b>	<b>Caratteristiche</b>	<b>Indicazioni organizzative per la strutturazione dell'offerta</b>
	<i>4.2 dipendenza con disponibilità attiva al trattamento (azione)</i>	Presenza di addiction con disponibilità al trattamento, riconoscimento del problema e adeguata percezione del rischio.	Ambiente: Informale non sanitario, esterno Accesso: semplificato, in anonimato, ricerca del contatto attivo Interventi: informativo, motivazionale, con accompagnamento/invio ai centri di cura Operatori: addestrati al counseling motivazionale e all'accoglienza
	<i>4.3 dipendenza in trattamento intensivo</i>	Soggetto in trattamento presso strutture residenziali protette o ospedaliere con un programma intensivo di cura	Ambiente: sanitario, ospedaliero Accesso: programmato, volontario Interventi: disintossicazione, supporto psicologico Operatori: medici e psicologi specialisti, personale di supporto addestrato
	<i>4.4 dipendenza in trattamento semi intensivo stabilizzato</i>	Soggetto in trattamento presso strutture residenziali o ambulatoriali o di gruppo, che mantiene una buona adherence alle cure e ai controlli, con stabilizzazione del quadro clinico	Ambiente: residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, gruppi Accesso: programmato, volontario Interventi: riabilitazione, supporto psicologico e reinserimento Operatori: medici e psicologi specialisti, personale di supporto addestrato
5	In dimissione	Soggetto in fase di terminazione del trattamento. Alto rischio di recidiva.	Ambiente: residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, gruppi Accesso: programmato, volontario Interventi: riabilitazione, supporto psicologico e reinserimento Operatori: psicologi specialisti, personale di supporto addestrato
6	Paziente in fase quiescente post trattamento (nel periodo dei 12 mesi post-dimissione)	Soggetto dimesso dal trattamento semi intensivo, in fase di reinserimento e riabilitazione, consolidamento della condizione drug free.	Ambiente: ambulatoriale, gruppi Accesso: programmato, volontario Interventi: riabilitazione, supporto psicologico e reinserimento Operatori: psicologi specialisti, personale di supporto addestrato
7	Paziente in recidiva.	Paziente in fase di ricaduta con riassunzione (occasionale o continuativa) della sostanza. Importante la tempestività della risposta nel recuperare la ricaduta e riattivare un adeguato trattamento e supporto psicologico.	Ambiente: residenziale Accesso: programmato, volontario Interventi: sintomatico, supporto psicologico intensivo individuale e di gruppo Operatori: medici, psicologi specialisti, personale di supporto addestrato

### UN MODELLO POSSIBILE: LA SPECIALIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE E IL TEAM MOBILE DI CONSULTAZIONE SPECIALISTICA

In considerazione del fatto che molti pazienti con dipendenza da cocaina scelgono di essere ricoverati in cliniche private per le migliori e più gradite condizioni alberghiere e di privacy, è utile prevedere la possibilità di interagire anche con queste strutture al fine di coordinare meglio gli interventi sul territorio. La catena produttiva dipartimentale potrebbe, inoltre, considerare l'opportunità di mettere in rete coordinata una serie di unità operative a diversa soglia di accesso, e di integrare fortemente i servizi di alcologia che molto spesso sono frequentati da pazienti con dipendenza da cocaina. Interessante appare la proposta di prevedere anche protocolli di collaborazione con le cliniche private attraverso un team mobile di "consultant" specialisti in grado di spostarsi sul territorio ma, contemporaneamente, di adottare protocolli e modalità operative coordinate, accreditate ed aggiornate da un punto tecnico-scientifico.

È cosa nota, infatti, che le cliniche private, pur non disponendo spesso di specialisti ben orientati alla gestione di questo tipo di patologie, sono i luoghi di cura su cui ricade la scelta degli utenti poiché offrono ambienti idonei ad una accoglienza più confortevole e riservata. L'idea di poter trasferire in forma consulenziale la specialistica del Dipartimento delle Dipendenze trova già qualche applicazione in alcune realtà italiane.

Un'altra caratteristica organizzativa importante è quella dell'integrazione con i dipartimenti di salute mentale, dove poter trovare risposte adeguate per la gestione delle patologie psichiatriche spesso correlate alla dipendenza da cocaina. Oltre a questo, anche la collaborazione coordinata con i medici di medicina generale risulta fondamentale, soprattutto per la gestione precoce di questi pazienti.

Figura n. 1: Il sistema delle dipendenze: vari interventi in diversi ambienti di erogazione

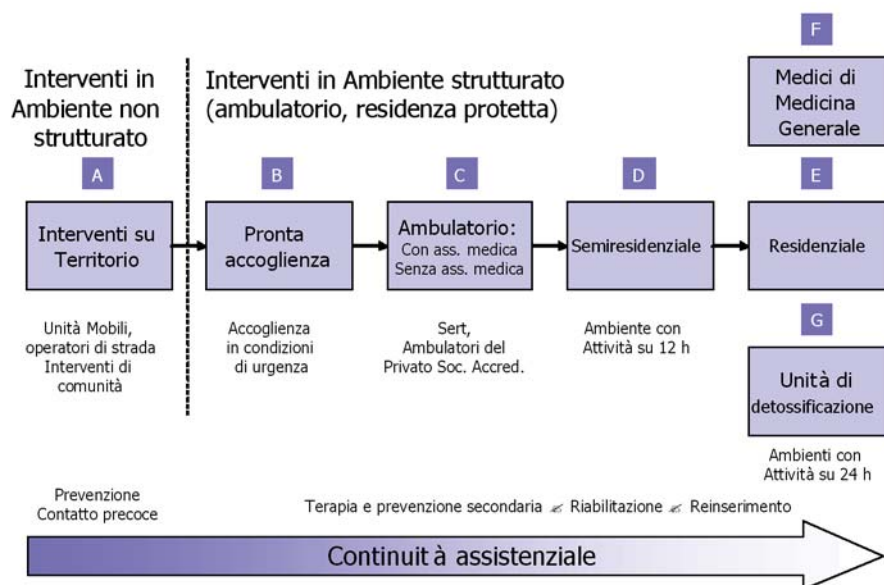


Fig. n. 2: modello generale dei bisogni del paziente, delle offerte necessarie e dell'organizzazione dipartimentale

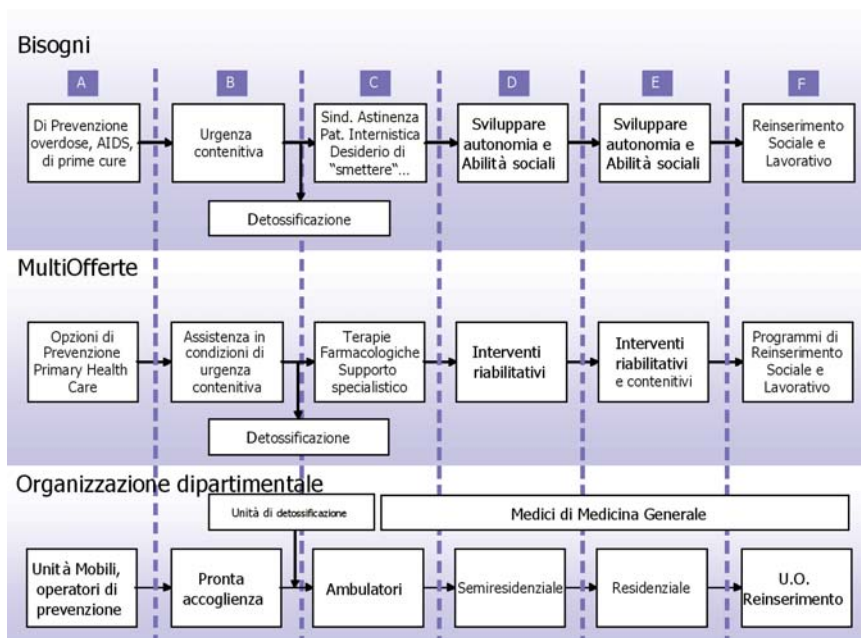
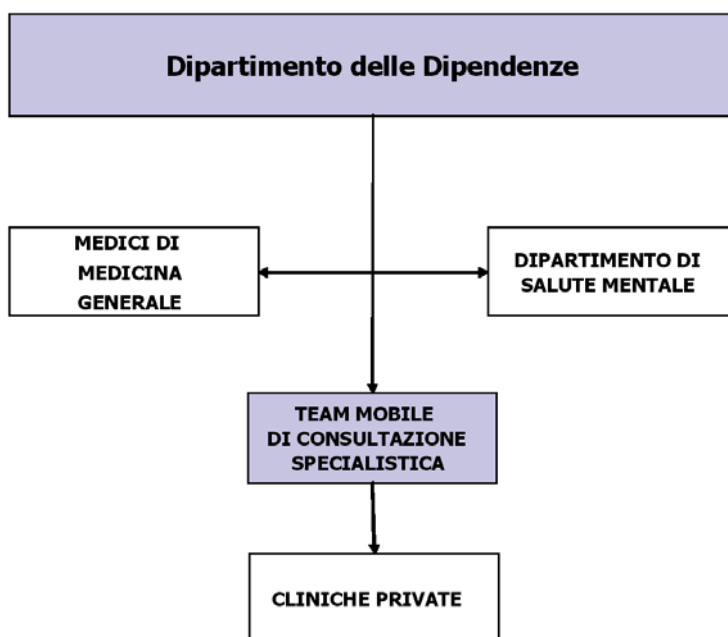


Figura n. 3: collaborazioni e team mobile di consultazione specialistica



La soluzione organizzativa più idonea ad assicurare un “collante” permanente tra le diverse unità operative, è sicuramente quella di attivare Dipartimenti delle Dipendenze di tipo strutturale e, cioè, in grado di governare e programmare realisticamente gli interventi su tutto il territorio di competenza, con proprie risorse dedicate ed affidate in responsabilità diretta.

Il modello sottostante esemplifica il concetto in modo figurativo, illustrando come si possa concettualmente prevedere una continuità assistenziale graduata in base ai bisogni e alla domanda dei pazienti (18).

## CONCLUSIONI

Il successo della risposta al problema cocaina nel nostro paese passa sicuramente attraverso la riorganizzazione dei sistemi aziendali e le programmazioni regionali coordinate sia a livello territoriale che nazionale. Va, quindi, sottolineata la necessità che tali sistemi siano coordinati ed integrati anche a livello nazionale. In altre parole, è necessario evitare che vi siano difformità tra Regione e Regione con politiche socio sanitarie disomogenee, se non addirittura contrapposte. Per quanto riguarda il livello aziendale, invece, la forma più idonea di organizzazione risulta essere una ulteriore specializzazione del Dipartimento delle Dipendenze nella sua forma strutturata.

## BIBLIOGRAFIA

1. Serpelloni G., Simeoni E., Ramazzo L., “Quality Management – Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze, Regione Veneto, 2002.
2. GLADA, “An evidence base for the London crack cocaine strategy”, A consultation document prepared for the Greater London Alcohol and Drug Alliance, April 2004.
3. National Treatment Agency for Substance Misuse, 1<sup>st</sup> DRAFT, “Treating crack and cocaine misuse” A resource pack for treatment providers, Feb 2003.
4. Washton, (1989), A. Cocaine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention. New York: W.W. Norton and Company.
5. Khantzian E.J., Halliday K.S., Golden S., et al. (1992), Modified Group Therapy for Substance Abusers: a Psychodynamics Approach to Relapse Prevention, *American Journal on Addictions*, 1: 67-76.
6. Rounsaville B.J., Gawin F.H., Kleber H.D. (1985), Interpersonal Psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 11: 171-191.
7. Yalom I.D. (1983), *Inpatient Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
8. Yalom I.D. (1985), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
9. Higgins S.T., Delaney D.D., Budney A.J. Bickel W.K., Huges J.R., Foerg F., Fenwick J.W. (1991), A behavioural approach to achieving initial cocaine abstinence, *Am J Psychiatry*, 148(9): 1218-1224.
10. Higgins, E. T., & Kruglanski, A. W. (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. New York: Guilford, (1996).
11. Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L. (1989), *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the Treatment of Alcoholism*. Guilford, New

York.

12. Miller, W. R., *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers* (1995) [A clinical research guide for therapists in applying Motivational Enhancement Therapy (MET) with drug abusers. This document is an adaptation and extension on the Project MATCH MET therapist manual].
13. O'Brien C. P., Childress A. R., McLellan A. T. Conditioning factors may help to understand and prevent relapse in patients recovering from drug abuse. NIDA Research Monograph, USGPO, 1990.
14. Luborsky L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Basic Books, New York.
15. Khantzian E.J., Halliday K., McAuliffe W.E. (1990), *Addiction and the Vulnerable Self*, Guilford, New York.
16. Azrin N.H. (1976), Improvements in the Community-Reinforcement Approach to Alcoholism, *Behav Res Ther* 14(5): 339-348.
17. Washton, A.M. (1997), Structured outpatient group treatment. In Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, J.G., eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3rd Ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, pp. 440-447.
18. Il Dipartimento delle Dipendenze, *Linee di indirizzo e orientamento*, Roma 9 giugno 2003, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Palazzo Chigi. Documento metodologico redatto da G. Serpelloni (Dipartimento delle Dipendenze - ULSS 20 Verona ) e F. Zavattaro (Direttore dell' Executive Master In general Management in Sanità Pubblica- SDA- BOCCONI) su mandato regionale e DNPA.

