

## **CARATTERISTICHE CLINICHE DEI COCAINOMANI CHE SI RIVOLGONO AD UN SERVIZIO DEL PRIVATO SOCIALE: DATI PRELIMINARI. IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE E DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO RESIDENZIALE**

Enzo Bacchion, Katia Baldovin, Daniele Cason,  
Luisa Rampon, Ezio Manzato

*Consorzio CIVITAS, Vicenza*

### **INTRODUZIONE**

L'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (ORD), che descrive la situazione epidemiologica dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale per le tossicodipendenze e l'alcoldipendenza della Regione Veneto, evidenzia, nell'ultimo decennio, un trend in crescita nel consumo di cocaina come sostanza primaria e secondaria (dall'0,7% al 7,0%, con un aumento del 5,5%) a fronte di una diminuzione del consumo di eroina, come sostanza primaria.

La cocaina come sostanza primaria e secondaria, assieme alla comorbilità psichiatrica, è in incremento esponenziale ed oggi rappresenta la nuova frontiera con la quale gli operatori del settore delle dipendenze sia nei Servizi Socio-Sanitari Pubblici che nelle Strutture Riabilitative del Privato Sociale devono confrontarsi. Infatti, gli operatori del settore delle dipendenze hanno osservato da tempo un progressivo aumento di pazienti che presentano problemi correlati al consumo di cocaina sia come sostanza primaria che secondaria ed un incremento della domanda di trattamenti ai Servizi Socio-Sanitari Pubblici dei consumatori di cocaina (primaria e secondaria) in codiagnosi con alcol, con disturbi psichiatrici indotti o comorbili primari. L'eterogeneità e la complessità delle tipologie di questi pazienti rappresenta una vera sfida sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, con la necessità di attuare trattamenti integrati secondo diversi approcci terapeutici.

Il Servizio Centrale di Accoglienza – Centro Psicodiagnostico (S.C.A.) del Consorzio Civitas è una struttura ambulatoriale che ha lo scopo di rispondere alle richieste di aiuto di persone con dipendenza o abuso di sostanze psicoattive e di alcol ed anche a quelle dei loro familiari. Tale servizio lavora in coordinamento e collaborazione con i Servizi Socio-Sanitari del territorio della Provincia di Vicenza, della Regione Veneto e delle Regioni limitrofe e con gli altri Servizi del Consorzio Civitas. Fanno parte del Consorzio: due Servizi di Pronto Accoglienza Residenziale (S.P.A.R.) per la disintossicazione da sostanze psicoattive e da alcol, per il compenso clinico e per l'individuazione del migliore accoppiamento paziente-trattamento, un Programma Terapeutico Residenziale con approccio psicodinamico (P.T.R.P.), un Programma Terapeutico Residenziale con approccio sistemico-relazionale (P.T.R.SR.), un Programma Terapeutico Residenziale per alcoldipendenti (P.T.R.A.), un Programma Terapeutico Residenziale per Doppia Diagnosi (P.T.R.DD.), un Programma Residenziale Ergoterapico (P.R.E.), una Comunità Terapeutica per Minori (C.T.M.), una Comunità Residenziale per ragazze-madri e donne in difficoltà (C.R.RM.D.D.), un Servizio Semiresidenziale di reinserimento socio-lavorativo (S.S.RSL.), un Servizio Residenziale di tipo socio-assistenziale (S.R.SS.) ed un Servizio di prevenzione territoriale

(S.P.T.). Le équipes multidisciplinari che operano nei diversi Servizi gestiscono una presenza media giornaliera di circa 200/230 pazienti, con una media di accessi annuale di oltre 300 pazienti.

Il S.C.A., avvalendosi delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche del servizio territoriale inviante, esegue una valutazione multidimensionale del paziente, mediante colloqui clinici e strumenti psicodiagnostici (di prassi ASI e MMPI-2) utilizzando procedure standardizzate di valutazione diagnostica e di monitoraggio (follow-up) del trattamento riabilitativo. Attualmente, il servizio è in una fase di riorganizzazione gestionale ed è in atto l'implementazione di un modello di valutazione diagnostica, all'ingresso con strumenti standardizzati (assessment diagnostico), e di valutazione di andamento e di esito del trattamento riabilitativo. È in atto l'implementazione di un questionario di autovalutazione specifico per il consumo di cocaina. L'avvio del nuovo modello di valutazione diagnostica e di valutazione di andamento e di esito del trattamento riabilitativo è stata prevista a partire da gennaio 2006.

Negli ultimi anni il S.C.A. ed il S.P.T. hanno evidenziato, in accordo con gli studi più recenti nell'ambito delle dipendenze, un aumento delle richieste di intervento da parte di persone che assumono cocaina come sostanza primaria o secondaria sia come abuso che come dipendenza. La presente ricerca ha lo scopo di verificare tale osservazione epidemiologica e di quantificare la prevalenza relativamente ai pazienti che hanno richiesto interventi e che sono stati inseriti nelle diverse Strutture Residenziali del Consorzio Civitas.

## PAZIENTI E METODI

La ricerca, che riveste un valore preliminare, per conoscere la prevalenza dei consumatori di cocaina inseriti nelle diverse Strutture Residenziali del Consorzio Civitas è stata attuata mediante un'indagine retrospettiva su tutti i pazienti che si sono rivolti al Servizio Centrale di Accoglienza – Centro Psicodiagnostico (S.C.A.) e che sono stati inseriti consecutivamente nei due Servizi Residenziali di Pronta Accoglienza (S.P.A.R.) preliminarmente all'inserimento nelle altre Strutture Residenziali, da gennaio dell'anno 2000 fino a settembre dell'anno 2005 (I° periodo 2000-2001, II° periodo 2002-2003 e III° periodo 2004-2005). I dati presentati sono da considerarsi preliminari, in quanto necessitano di ulteriori analisi ed approfondimenti. La ricerca, inoltre, ha ipotizzato l'individuazione di sottogruppi di pazienti (diverse tipologie) ed ha tentato di creare le premesse per la loro definizione clinica e per l'individuazione di interventi terapeutico-riabilitativi diversificati e specifici, per favorire di conseguenza un miglioramento del livello di efficienza e di efficacia degli interventi stessi, con contestuale riduzione del numero delle situazioni di "crisi" interne alle Strutture Residenziali, dei drop-out precoci e delle ricadute.

I soggetti sono stati sottoposti a valutazione clinica, inoltre, sono state registrate le informazioni cliniche provenienti dai Servizi inviati e da altre fonti (familiari, datori di lavoro, Tribunale, CSSA ed altri Enti). Per ogni soggetto è stata registrata la Scheda di Ingresso, contenente una serie di dati socio-demografici e clinici. Successivamente, durante il trattamento nel Servizio di Pronta Accoglienza Residenziale (S.P.A.R.) sono stati somministrati due strumenti psicodiagnostici, l'ASI e l'MMPI-2 (versione ridotta).

L'ASI, creato da McLelland e collaboratori alla fine degli anni '70, è un'intervista semi-strutturata nata con lo scopo di realizzare uno strumento di valutazione che permettesse di accoppiare efficacemente pazienti e programmi riabilitativi. Ciò è stato ottenuto considerando differenti aree di vita del soggetto, che risultano potenzialmente problematiche nel tossicodipendente. Il livello di funzionamento e la condizione di gravità clinica vengono, quindi, definiti valutando la compromissione nelle seguenti aree: medica, lavorativa e di sostentamento, tossi-

cologica, familiare e sociale, legale ed infine psicologica. Per ogni area, l'intervista fornisce una valutazione della gravità e della necessità di ricevere un trattamento effettuata dal paziente e dall'intervistatore.

L'MMPI-2, creato attorno agli anni '40 da Hathaway e McKinley, è un questionario di valutazione delle principali caratteristiche strutturali della personalità e dei disturbi psicopatologici. Gli item sono stati selezionati con lo scopo di poter discriminare il gruppo dei soggetti "normali" dal gruppo dei soggetti "patologici". Lo strumento (nella versione ridotta) contiene tre scale di validità, che hanno lo scopo di verificare la veridicità dei risultati ottenuti e dieci scale cliniche, che valutano diversi aspetti psicopatologici.

Le informazioni raccolte mediante questi strumenti (Scheda di Ingresso, ASI ed MMPI) sono state poi trasferite successivamente nella Cartella Clinica del singolo paziente (documento che accompagna tutto il percorso terapeutico), assieme a tutte le informazioni cliniche raccolte dalle diverse figure professionali nelle varie fasi del successivo percorso terapeutico-riabilitativo.

## RISULTATI

I soggetti della ricerca sono stati divisi in tre gruppi, a seconda della data di ingresso (I° periodo 2000-2001, II° periodo 2002-2003 e III° periodo 2004-2005).

Il primo gruppo (da gennaio 2000 a dicembre 2001) è formato in totale da 317 soggetti: 261 maschi (82%) e 56 femmine (18%). Di questi, 63 (20%) presentavano una dipendenza da alcol come sostanza primaria, 165 (52%) una dipendenza da eroina come sostanza primaria, 69 (22%) una dipendenza da più sostanze, 8 (2%) una dipendenza da cocaina come sostanza primaria e 40 (13%) una dipendenza da cocaina come sostanza secondaria (in totale cocaina primaria e secondaria 15%).

Il secondo gruppo (da gennaio 2002 a dicembre 2003) è formato in totale da 282 soggetti: 233 maschi (83%) e 49 femmine (17%). Di questi, 76 (27%) presentavano una dipendenza da alcol come sostanza primaria, 111 (40%) una dipendenza da eroina come sostanza primaria, 78 (28%) una dipendenza da più sostanze, 14 (5%) una dipendenza da cocaina come sostanza primaria e 33 (12%) una dipendenza da cocaina come sostanza secondaria (in totale cocaina primaria e secondaria 17%).

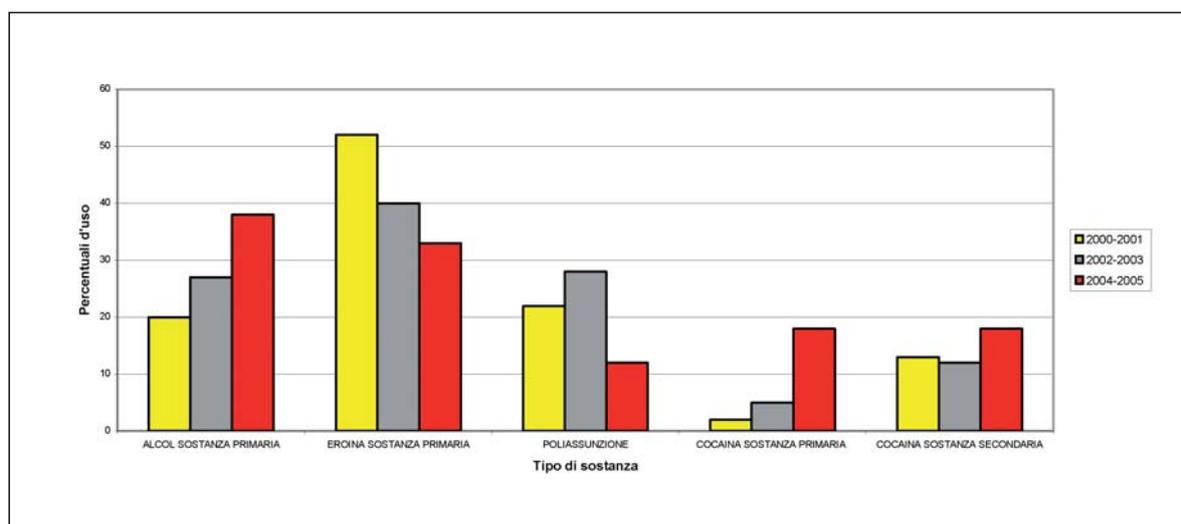
Il terzo gruppo (da gennaio 2004 a settembre 2005) è formato in totale da 112 soggetti: 86 maschi (77%) e 26 femmine (23%). Di questi, 42 (37%) presentavano una dipendenza da alcol come sostanza primaria, 37 (33%) una dipendenza da eroina come sostanza primaria, 13 (12%) una dipendenza da più sostanze, 20 (18%) una dipendenza da cocaina come sostanza primaria e 20 (18%) una dipendenza da cocaina come sostanza secondaria (in totale cocaina primaria e secondaria 36%). Di questi, 17 maschi (85%) e 3 femmine (15%) presentavano una dipendenza da cocaina come sostanza primaria e 15 maschi (17% del totale dei maschi) e 5 femmine (19% del totale delle femmine) presentavano un abuso o una dipendenza da cocaina come sostanza secondaria. Quindi, nei tre periodi di riferimento (I° periodo 2000-2001, II° periodo 2002-2003 e III° periodo 2004-2005) la cocaina come sostanza primaria è aumentata dal 2% al 18% e come sostanza secondaria è aumentata dal 13% al 18% (Tab.1).

Nelle tabelle 2, 3, 4, 5 sono riportate le caratteristiche socio-demografiche, la storia tossicologica, le caratteristiche cliniche, la diagnosi psichiatrica e il tipo di trattamento scelto per i pazienti inseriti nel terzo° periodo (2004-2005) nelle Strutture Residenziali del Consorzio Civitas. Le caratteristiche sono specificate in funzione della sostanza primaria.

Tab.1 Confronto nel tempo della tipologia di sostanza primaria

Periodo di riferimento	Alcol sostanza primaria	Eroina sostanza primaria	Poliassunzione	Cocaina sostanza primaria	Cocaina sostanza secondaria	Totale campione
2000-2001	20%	52%	22%	2%	13%	317
2002-2003	27%	40%	28%	5%	12%	282
2004-2005	38%	33%	12%	18%	18%	112

Fig.1 Confronto nel tempo della tipologia di sostanza usata



Tab.2 Caratteristiche socio-demografiche (per tipologia di sostanza primaria)

	Alcol	Eroina	Poliassunzione	Cocaina
<b>ETÀ</b> (media)	43	30	31	33
<b>SESSO</b>				
MASCHI	33 (79%)	27 (73%)	9 (69%)	17 (85%)
FEMMINE	9 (21%)	10 (27%)	4 (31%)	3 (15%)
<b>OCCUPAZIONE</b>				
STABILE	11 (26%)	5 (13%)	7 (54%)	9 (45%)
SALTUARIA	18 (43%)	22 (60%)	3 (23%)	9 (45%)
DISOCCUPATO	13 (31%)	10 (27%)	3 (23%)	2 (10%)
<b>TITOLO STUDIO</b>				
ELEMENTARE	7 (18%)	2 (5%)	0	3 (15%)
MEDIE INFERIORI	25 (59%)	28 (76%)	10 (77%)	13 (65%)
QUAL PROF E MEDIE SUP	9 (21%)	6 (16%)	3 (23%)	4 (20%)
LAUREA	1 (2%)	1 (3%)	0	0
<b>LEGALITÀ</b>				
SENZA VINCOLI	33 (79%)	26 (70%)	16 (80%)	10 (77%)
ALTERNATIVA AL CARCERE	6 (14%)	9 (24%)	4 (20%)	3 (23%)
SANZIONE AMMINISTRATIVA	3 (7%)	2 (5%)	0	0

Tab. 3 - Storia tossicologica e caratteristiche cliniche (per tipologia di sostanza primaria)

Storia tossicologica	Alcol	Eroina	Poliassunzione	Cocaina
<b>ANNI DI ABUSO</b> (media)	11	6	5	5
<b>PERIODO DI LATENZA</b> (media)				
Primo uso-contatto SER.T.	13	5	3	4
Primo uso-primo trattamento residenziale	14	8	5	8
<b>USO ATTUALE</b>				
Alcool	42 (100%)	5 (13%)	7 (54%)	4 (20%)
Eroina	1 (2%)	37 (100%)	10 (77%)	10 (50%)
Cocaina	3 (7%)	15 (41%)	9 (69%)	20 (100%)
Psicofarmaci	1 (2%)	3 (8%)	7 (54%)	0
Ecstasy	0	0	1 (8%)	1 (5%)
<b>Caratteristiche psicopatologiche</b>				
<b>SCALE CLINICHE MMPI</b>				
<i>Percentuale valori superiori o uguali al cut off</i>				
ISTERIA	7 (17%)	7 (19%)	3 (15%)	1 (8%)
DEPRESSIONE	16 (38%)	11 (30%)	5 (25%)	1 (8%)
IPOCONDRIA	3 (7%)	6 (16%)	1 (5%)	3 (23%)
DEVIAZIONE PSICOPATICA	20 (48%)	20 (54%)	10 (50%)	7 (54%)
MASCOLINITA'/FEMMINILITA'	1 (2%)	7 (19%)	1 (5%)	1 (8%)
PARANOIA	20 (48%)	20 (54%)	5 (25%)	3 (23%)
PSICASTENIA	10 (24%)	8 (22%)	2 (10%)	3 (23%)
SCHIZOFRENIA	14 (34%)	14 (38%)	3 (15%)	3 (23%)
MANIA	15 (36%)	13 (35%)	7 (53%)	3 (23%)
INTROVERSIONE	12 (28%)	3 (8%)	3 (15%)	0
<b>INDICI DIAMOND</b>				
<i>Media campione (significatività del valore &gt; +/-10)</i>				
ATTIVITA'/REAZIONE DEPRESSIVA (+ tendenza attività, - tendenza depressiva)	-5,46	4,02	2,58	3,5
AUTOSTIMA (+ alta, - bassa)	6,86	16,13	11,53	13,7
ADATTAMENTO/OPPOSIZIONE ALL'AMBIENTE (+ adattamento - opposizione )	-10,48	-9,39	-6,37	-0,2
CONTATTO/RIFIUTO SOCIALE (+ contatto - rifiuto sociale)	-3,22	-3,89	-2,42	-1,6
INDICE ANSIA Media del campione *	71,60	58,19	58,31	53,3

\*Intervallo/Media nella popolazione normale: 29,88<45,72<61,56  
Intervallo/Media nella popolazione psichiatrica: 53,16<62,49<71,82

Tab.4 Diagnosi psichiatriche attuali e lifetime secondo il DSM-IV-TR (per tipologia di sostanza primaria)

	Alcol	Eroina	Poliassunzione	Cocaina
<b>ASSE I</b>	62%	65%	78%	76%
<b>ASSE II</b>	70%	88%	93%	90%

Tab.5 - Tipologia di trattamento riabilitativo (per tipologia di sostanza primaria)

Trattamenti	Alcol	Eroina	Poliassunzione	Cocaina
SOLO DISINTOSSICAZIONE	2	4	3	5
PROGRAMMA PSICODINAMICO	1	8	6	5
PROGRAMMA SISTEMICO-RELAZIONALE	0	1	0	0
PROGRAMMA ALCOLDIPENDENTI	31	0	1	0
PROGRAMMA RAGAZZE MEDRI/DONNE DIFF	0	7	2	0
PROGRAMMI BREVI	5	12	1	7
PROGRAMMA SOCIO-LAVORATIVO	12	8	1	1
PROGRAMMA SOCIO-ASSISTENZIALE	2	1	0	2
PROGRAMMA ERGOTERAPICO	1	1	0	0

\*\*Programmi di breve durata: corrispondono a trattamenti riabilitativi che mediamente durano dai 4 ai 8 mesi per pazienti recidivanti con precedenti trattamenti comunitari residenziali.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti che sono stati oggetto della ricerca, si può notare che i cocainomani sono principalmente maschi (85%), pochi sono disoccupati (10%), il 77% sono senza vincoli legali e solo il 23% risulta essere in alternativa al carcere.

Per quanto riguarda la storia tossicologica, i cocainomani evidenziano un consumo attuale di eroina nel 50% e un abuso/dipendenza da alcol nel 20% dei soggetti analizzati.

Infine, per quanto riguarda le caratteristiche psicopatologiche, si rileva che un'elevata percentuale di cocainomani ha caratteristiche di tipo antisociale, inoltre circa 1/4 dei soggetti presenta aspetti clinici dell'area psicotica.

## CONCLUSIONI

I risultati della ricerca, anche se preliminari e parziali, mostrano che tra i pazienti inseriti nelle Strutture Residenziali del Consorzio Civitas vi sia un *trend* progressivo relativo al consumo di cocaina come sostanza primaria e secondaria che si è consolidato nei tre periodi di riferimento. Nel 2000-2001 i cocainomani primari erano il 2%, nel 2002-2003 erano il 5%, nell'ultimo periodo (2004-2005) hanno subito un netto incremento (18%). A tale aumento corrisponde una diminuzione progressiva nell'uso di eroina come sostanza primaria (-19% nei tre periodi) ed un aumento progressivo dell'alcoldipendenza (+18% nei tre periodi). Questi risultati sono in linea con l'incremento del consumo di cocaina come sostanza primaria e secondaria evidenziata dai Servizi Socio-Sanitari Pubblici e dalle Strutture Riabilitative del Privato Sociale.

Dai dati raccolti emerge che la richiesta di un trattamento riabilitativo residenziale per abuso/dipendenza da cocaina sta diventando un fenomeno rilevante. Sono state individuate sei tipologie di consumatori di cocaina (iniziandi, weekendisti, primari, poliassuntori, recidivanti e manager-senior), riguardo alle quali sono state ipotizzate delle differenziazioni nelle specifiche caratteristiche cliniche e nell'abbinamento di specifici programmi riabilitativi residenziali, semiresidenziali o ambulatoriali durante il percorso terapeutico; da confermare con un successivo lavoro di ricerca (studio longitudinale/prospettico). Riguardo a queste tipologie di consumatori di cocaina, inoltre, è possibile esprimere alcune considerazioni cliniche preliminari; infatti, esistono dei soggetti che presentano un abuso di cocaina come primo approccio alle sostanze, come accade per l'"Iniziando" (Tab.6), altre volte l'abuso/dipendenza si riferisce al

Tab.6 Tipologia dei consumatori di cocaina

Tipologia	Caratteristiche cliniche	Modalità di assunzione	Ipotesi di trattamento
<b>INIZIANDI</b> Cocainomani con uso occasionale o abuso, anche con assunzione di altre sostanze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età compresa fra i 16 e i 18 anni</li> <li>• L'approccio con le sostanze inizia con la cocaina (tendenzialmente con frequenza saltuaria)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sniffo</li> <li>• Fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di consulenza per interventi informativi per il giovane e la sua famiglia</li> <li>• Interventi terapeutici ambulatoriali individuali e di gruppo</li> <li>• Gruppi di auto-mutuo-aiuto, coordinati da un operatore</li> </ul>
<b>WEEKENDISTI</b> Cocainomani con uso occasionale o abuso, anche con assunzione di altre sostanze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età compresa fra i 18 e i 25 anni</li> <li>• Assunzioni all'interno di un gruppo</li> <li>• L'uso prosegue per tutto il fine-settimana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sniffo</li> <li>• Fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture "aperte" durante il fine-settimana (da Venerdì sera a Domenica sera)</li> <li>• Interventi terapeutici ambulatoriali individuali e di gruppo</li> <li>• Attività ludico-ricreative</li> </ul>
<b>COCAINOMANI PRIMARI</b> Cocainomani dipendenti puri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età compresa fra i 18 e i 25 anni</li> <li>• Uso continuativo</li> <li>• Uso occasionale di altre sostanze</li> <li>• Funzionamento globale (familiare, lavorativo, sociale) tendenzialmente ancora preservato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sniffo</li> <li>• Fumo</li> <li>• Iniezione endovena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture residenziali</li> <li>• Strutture "aperte", con la possibilità di mantenere le proprie abitudini ambientali (lavorative, familiari...)</li> <li>• Programmi residenziali di breve durata (4-6 mesi)</li> <li>• Interventi terapeutici ambulatoriali individuali e di gruppo</li> <li>• Programmi di reinserimento socio-lavorativo</li> </ul>
<b>POLIASSUNTORI</b> Cocainomani dipendenti spuri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età compresa fra i 16 e i 35 anni</li> <li>• Uso continuativo di varie sostanze privilegiando: alcol, benzodiazepine, cocaina, eroina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sniffo</li> <li>• Fumo</li> <li>• Iniezione endovena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture residenziali</li> <li>• Valutazione diagnostica approfondita e trattamento di "compenso"</li> <li>• Interventi terapeutici ambulatoriali individuali e di gruppo</li> <li>• Programmi residenziali a lunga durata (12-18 mesi)</li> <li>• Programmi di reinserimento socio-lavorativo</li> </ul>

Tipologia	Caratteristiche cliniche	Modalità di assunzione	Ipotesi di trattamento
<b>RECIDIVANTI</b> Cocainomani da viraggio dipendenti o saltuari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età superiore ai 35 anni</li> <li>• Ex-consumatori di alcol e/o di eroina</li> <li>• Precedenti esperienze di Comunità Terapeutica Residenziale</li> <li>• Ricadute con abuso di cocaina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sniffo</li> <li>• Fumo</li> <li>• Iniezione endovena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture residenziali di pronta accoglienza a scopo diagnostico e trattamento di "compenso"</li> <li>• Programmi di reinserimento socio-lavorativo</li> </ul>
<b>MANAGER-SENIOR</b> Cocainomani dipendenti primari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età superiore ai 30 anni</li> <li>• Uso continuativo</li> <li>• Uso occasionale di altre sostanze</li> <li>• Funzionamento globale (familiare, lavorativo, sociale) tendenzialmente ancora preservato</li> <li>• Normalmente al di fuori del circuito dei Servizi Socio-Sanitari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sniffo</li> <li>• Fumo</li> <li>• Iniezione endovena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture residenziali</li> <li>• Strutture "aperte", con la possibilità di mantenere le proprie abitudini ambientali (lavorative, familiari...)</li> <li>• Programmi di breve durata (fase residenziale 2-3 mesi con successiva fase ambulatoriale 1-6 mesi)</li> <li>• Interventi terapeutici ambulatoriali individuali e di gruppo</li> <li>• Gruppi di auto-mutuo-aiuto facoltativi</li> <li>• Il percorso può essere ripetuto più volte</li> </ul>

periodo più recente della storia tossicologica in un paziente con un passato di dipendenza da eroina e/o alcol, come accade per il "Recidivante" (Tab.6).

In considerazione di questi dati, anche se preliminari, il Servizio Centrale di Accoglienza – Centro Psicodiagnostico (S.C.A.) ha organizzato un gruppo di lavoro multiprofessionale, con lo scopo di analizzare i bisogni, le aspettative, le risorse delle diverse tipologie di consumatori di cocaina e di capire come essa si sia dimostrata per gli stessi così "attraente".

Infine, per quanto riguarda le considerazioni preliminari sulla gestione clinica dei consumatori di cocaina, anche alla luce dello stato attuale dell'arte, è opportuno evidenziare, con particolare attenzione, i seguenti aspetti "critici" della pratica clinica che risulta necessario affrontare per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei programmi attuati dalle diverse Strutture Residenziali del Consorzio Civitas. Innanzitutto l'ipotesi diagnostica (diagnosi differenziale per le diverse tipologie e le eventuali comorbilità psichiatriche e di personalità), requisito fondamentale per la "cura", la terapia farmacologica "razionale", l'adeguatezza e l'efficacia della proposta terapeutico-riabilitativa (specifica come Programma Residenziale, Semiresidenziale o Ambulatoriale in funzione della gravità clinica e della gravosità assistenziale), la "performance terapeutica" in riferimento alle diverse aree di vita (dimensioni dell'ASI e Assi del DSM-IV-TR), l'attendibilità dell'esito (outcome) e il coordinamento con le diverse Strutture del territorio. Inoltre, l'aggiornamento e la formazione del personale del Consorzio Civitas sono funzionali alla professionalizzazione degli operatori per far fronte a queste diversificate e nuove tipologie di pazienti.

Risulta quindi necessario “studiare” meglio e più approfonditamente i pazienti, impostando una valutazione diagnostica completa prima dell'accoppiamento paziente-trattamento e della pianificazione del trattamento riabilitativo con interventi terapeutici integrati.

In riferimento a tali considerazioni è stata prefigurata un'implementazione del modello di valutazione standardizzato (clinica e con strumenti psicodiagnostici) sia all'ingresso che durante il trattamento riabilitativo, con valutazione in itinere delle caratteristiche tossicologiche, cliniche (complicazioni acute e sequele croniche come sintomi e disturbi psichiatrici) e sociali dei soggetti, dell'accoppiamento paziente-trattamento e dei risultati (performance terapeutica).

La risposta in termini operativi che il Consorzio CIVITAS si propone di offrire al fenomeno del consumo di cocaina è rappresentata dal Programma *EGO*, un programma finalizzato a fornire risposte ai diversificati bisogni terapeutici che la letteratura scientifica in materia di cocaina e l'esperienza di lavoro come Consorzio hanno evidenziato nella popolazione dei consumatori di cocaina.

Il Programma *EGO* è un programma complesso ed articolato in moduli, ognuno dei quali è caratterizzato da specifici obiettivi e da un target specifico d'utenza, riassunto sinteticamente in questa seguente seconda sezione del documento.

## SCHEDA RIASSUNTIVA DEL PROGRAMMA EGO

### *Tipologia del servizio*

Servizio Terapeutico Educativo e Riabilitativo di categoria B Residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, articolato in Programmi specifici per tipologia.

### *Prestazioni erogate*

#### *Interventi informativi:*

- consulenze individuali
- consulenze familiari.

#### *Valutazione diagnostica multidimensionale:*

- colloqui psicodiagnostici
- colloqui psichiatrici
- osservazione clinica
- somministrazione di test (ASI, MMPI-2, WAIS-R, SCID-I, SCID-II, Rating Scale Sintomatologiche)
- *Intervista Strutturata Cocaina, Vicenza 2006.*

#### *Interventi di sostegno:*

- costituzione di gruppi di auto-mutuo aiuto
- coordinazione di gruppi di auto-mutuo aiuto.

*Supporto farmacologico per la dipendenza da sostanze e per la comorbidità psichiatrica:*

- monitoraggio piano terapeutico (da predefinire prima della presa in carico)
- monitoraggio piano di scalaggio terapia con agonisti
- monitoraggio terapia psicofarmacologica.

*Gestione psichiatrica*

- supporto psichiatrico e monitoraggio clinico
- monitoraggio terapia psicofarmacologica.

*Accoglienza residenziale:*

- Struttura Residenziale
- Programma Terapeutico
- attività quotidiane strutturate.

*Supporto motivazionale al trattamento:*

- colloqui motivazionali.

*Programmi di trattamento personalizzati per tipologia di consumatori*

- programma *iniziandi*
- programma *weekendisti*
- programma *primari*
- programma *poliassuntori*
- programma *recidivanti*
- programma *manager-senior*

*Strumenti clinici:*

- colloqui psicologici clinici
- formazione al problem solving
- consulenze psicologiche individuali
- consulenze/colloqui di sostegno alla famiglia
- consulenze/ colloqui di sostegno alla coppia
- definizione di programmi di riabilitazione psico-sociale
- psicoterapia individuale
- psicoterapia di coppia
- psicoterapia di gruppo
- consulenze psichiatriche.

*Strumenti educativi:*

- gruppi psico-educazionali
- attività ludico ricreative
- attività espressive
- attività di svago.

*Percorso di reinserimento socio-lavorativo.*

### *Approccio psicoterapeutico*

I programmi di psicoterapia si basano sull'approccio cognitivo-comportamentale (TCC). I principi metodologici di base di tale approccio offrono numerosi vantaggi:

- ambientalismo: nella contrapposizione tra innato ed appreso si ritiene più realistico puntare sul versante ambientale, senza negare gli aspetti innati. In tal modo i comportamenti e le caratteristiche psicologiche nella loro particolarità sono considerati appresi. Da ciò deriva la possibilità di disimpararli e di apprenderne di nuovi;
- normalità-patologia: questi due concetti si intendono facenti parte di un unico continuum, per cui i meccanismi fondamentali che regolano il funzionamento psicologico non sono sostanzialmente diversi;
- atteggiamento situazionale: si prediligono valutazioni ed interventi sulla situazione in un dato momento, piuttosto che far riferimento a macrovariabili generalizzabili a tutti i contesti, anche se si ritiene utile e necessario ricorrere anche a modelli interpretativi più estesi. Il privilegiare, però, aspetti situazionali permette di considerare obiettivi specifici, ben determinati e realistici. Ciò agevola una verifica degli esiti della psicoterapia ed il mantenimento di una buona motivazione;
- concezione del versante interpersonale: i comportamenti, i pensieri e le emozioni sono apprese in un contesto interpersonale. La relazione terapeutica diventa perciò uno strumento con importanti potenzialità diagnostiche e terapeutiche;
- focus sul "qui ed ora": ci si concentra principalmente sulla situazione attuale: comportamenti, stati emotivi e credenze che sono attualmente problematici, causano sofferenza e non permettono di raggiungere una soddisfacente qualità della vita.

Per quanto riguarda l'applicazione specifica della psicoterapia cognitivo-comportamentale (TCC) nei confronti dei cocainomani, le seguenti caratteristiche la rendono particolarmente promettente:

- brevità: la TCC dura tra le 12 e le 16 sedute, in un arco di tempo di circa 12 settimane. A questa terapia "di base" possono essere necessarie delle sedute di mantenimento per stabilizzare i miglioramenti;
- efficacia: ne è stata valutata l'efficacia tramite numerosi test clinici nel trattamento dell'abuso di cocaina;
- focus verso i problemi immediati dei pazienti: ciò favorisce una buona motivazione;
- flessibilità: si adatta a setting diversi (di gruppo e individuali, pazienti ricoverati e ambulatoriali);
- compatibilità con altri trattamenti: farmacoterapie, gruppi di auto-mutuo-aiuto, terapia familiare e di coppia, terapie di sostegno alle competenze genitoriali (Carroll, 2001).

La TCC è stata utilizzata efficacemente con un'ampia gamma di consumatori di cocaina. Solo per alcuni tipi di pazienti il trattamento non è consigliabile:

- soggetti con scompensi psicotici o con disturbo bipolare non controllabili farmacologicamente;
- soggetti senza una sistemazione di vita stabile;
- soggetti in fase di accertamenti sanitari;
- soggetti dipendenti da altre sostanze, con eccezione dell'alcol e della marijuana (Carroll, 2001).

### *Equipe pluriprofessionale*

#### *Personale Specialistico*

- 1 Responsabile di Servizio
- 1 Supervisore - Psichiatra
- 1 Psichiatra
- 1 Psicologo – Psicoterapeuta
- 1 Pedagogista.

#### *Personale educativo, ricreativo, organizzativo*

- 3 Educatori professionali
- 1 Infermiere
- 1 Maestro Lavoro
- 1 Cuoca.

#### *Personale Specialistico fase SPERIMENTALE*

- 1 Neurofarmacologo
- 1 Psicoterapeuta
- 1 Assistente Sociale.

### *Target di utenza*

Il Programma *EGO* è rivolto a persone con problematiche connesse all'uso, all'abuso ed alla dipendenza da cocaina. Allo scopo di adattare l'aggancio, il contatto terapeutico, la formulazione e l'attuazione del programma terapeutico alle varie tipologie in cui si articola l'universo dei consumatori di cocaina, si è reso necessario prevedere la suddivisione di tale popolazione in sei tipologie.

Tale suddivisione ha la finalità di sciogliere i nodi critici che la letteratura scientifica esistente in materia e l'esperienza di lavoro come Consorzio Civitas individuano come cruciali:

- la continuità tra aggancio e trattamento terapeutico;
- differenziare il trattamento in moduli in modo a creare delle opportunità terapeutico-riabilitative concretamente fruibili dalle differenti tipologie di soggetti in cui si articola l'universo dei cocainomani.

Per questi pazienti è difficile accettare fin da subito un'interazione che li costringa a dipendere da più operatori, poiché quando arrivano al Servizio di solito hanno identificato un solo aspetto critico della loro situazione e non sono dunque disponibili a frammentarsi con più interlocutori che pretendono la messa in discussione di aree di esperienza che loro stessi non ritengono problematiche. Ecco quindi l'esigenza di farsi carico dell'"emergenza" portata dal paziente nei primi incontri; emergenza che non è da intendersi come urgenza ma come ciò che il paziente stesso riconosce ed esplicita come problema nella sua richiesta di aiuto (Fedrizzi, Losi 2005). Tutto questo per stabilire fin da subito l'alleanza di lavoro che per definizione costituisce la base della presa in carico terapeutica. Sulla base dell'esperienza clinica maturata dal Consorzio e delle indicazioni riportate dalla letteratura scientifica in materia è giustificabile la suddivisione della popolazione di consumatori di cocaina in sei tipologie (Tab. 6).

### *Criteri di inclusione amministrativi*

Il Servizio eroga le prestazioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale con dichiarazione di tossicodipendenza rilasciata dal Servizio Tossicodipendenze (SER.T.) di competenza territoriale. È possibile l'inserimento diretto anche a convenzione privata.

### *Decorrenza amministrativa*

Con riferimento ad apposita convenzione tra la Comunità San Gaetano e l' Azienda ULSS. Ciascun ingresso è oggetto di specifico provvedimento del Responsabile del SER.T di competenza territoriale. L'ingresso nel Servizio in ogni caso è preceduto dalla definizione e dalla firma del contratto terapeutico.

### *Durata del Programma*

La permanenza nel programma varia a seconda della tipologia dei programmi definiti come moduli specifici, e comunque su proposta e valutazione del Centro Psicodiagnostico (S.C.A.) dell'Accoglienza della Comunità San Gaetano.

### *Come si ottiene la prestazione*

Mediante la richiesta al SER.T. della propria Azienda ULSS che contatta direttamente il Centro Psicodiagnostico (S.C.A.) del Consorzio Civitas (di cui fa parte la Comunità San Gaetano) chiedendo altresì il nulla osta all'inserimento al SER.T. di riferimento. Le prestazioni a convenzione privata seguono un iter specifico.

### *Come si calcola la prestazione*

Le prestazioni sono calcolate economicamente secondo tariffa ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale per la quale l' Azienda ULSS corrisponde una retta alla Comunità. Sono a carico della famiglia le spese personali (sigarette, prodotti per l'igiene personale, farmaci non inerenti la patologia, spese legali e spostamenti) ad eccezione della convenzione privata.

## NOTIZIE UTILI

*Per informazioni è possibile contattare in orario d'ufficio*

- *Il Centro di Accoglienza*
- *Il Centro Psicodiagnostico del Consorzio Civitas sito in Vicenza, via Btg. Monte Berico 18 (tel. 0444 542541).*

## BIBLIOGRAFIA

1. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004.
2. Intervento in occasione della "Conferenza sul monitoraggio terapeutico nell'UE e sul piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2000-2004".

- Haasen, C. *OEDT*, novembre 2003.
3. Relazione annuale 2004: evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona *OEDT*, 2004.
  4. Il sistema per le Dipendenze della Regione Veneto. Report sui Servizi pubblici e privati per le tossico ed alcoldipendenze. *Osservatorio Regionale sulle Dipendenze*, 2005.
  5. American Psychiatric Association Linee guida per il trattamento dei pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze: alcool, cocaina, oppioidi. In APA Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003. (Edizione italiana a cura di Clerici M., Mencacci C., Scarone S.). Masson, Milano, 2003.
  6. Manzato E., Fea M. Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto. *Mission*, 10, 2004.
  7. Manzato E. Biasin C., Nava F. La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive e nella comorbilità psichiatrica associata. *Mission*, 17, 2006.
  8. Lucchini A., Strepparola G. Strumenti diagnostici indicati nell'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici. In Lucchini A. La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze. FrancoAngeli, Milano, 2001.
  9. Cifelli G., Manzato E., Strepparola G., Lucchini A., Fea M., Basti S., Cavagnini E., D'Egidio P. L'assessment psicodiagnostico. In Manzato E. La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico. Vol. 2. Psicoterapia e Psicosomatica, 2003.
  10. Consoli A. Bennardo A. Diagnosi e Valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
  11. Hathaway S.R., McKinley J.C. (Adattamento italiano di P.Pancheri e S.Sirigatti)".
  12. "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manuale. *Organizzazioni Speciali*, Firenze 1995.
  13. Sanavio E. Psicoterapia cognitiva e comportamentale. *NIS*, Roma, 1991.
  14. Carroll K.M. Trattamento della dipendenza da cocaina. Approccio cognitivo comportamentale. *Centro Scientifico Editore*, Torino 2001.
  15. E. Fedrizzi, M. Losi, A. Rimordi. Esperienza clinica nella cura del cocainomane. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6, aprile 2005.

