

UN NUOVO MODELLO PRAGMATICO DI INTERVENTO PER LA DIPENDENZA CRONICA DA EROINA NELL'EPOCA AIDS

Giovanni Serpelloni (1), Fabrizio Starace (2)

(1) Sezione di Screening HIV - Gruppo C- SerT ULSS 20 - Verona

(2) Istituto di Psichiatria, II Università di Napoli, WHO Italian Center for Research and Training in Mental Health

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo lavoro è di presentare le linee principali di un nuovo modello pragmatico di intervento per il trattamento della dipendenza cronica da eroina e la riduzione dei rischi da essa derivanti, anche alla luce della comparsa dell'epidemia da HIV. Essa infatti ha determinato un forte bisogno di ridefinire gli obiettivi e le strategie di intervento. (1-3) riproponendo fortemente la necessità di rivalutare il ruolo della prevenzione secondaria nella DCE al fine di contenere i rischi ed i danni ad essa correlati (DCE).

Uno dei problemi più importanti che l'emergenza AIDS ha suscitato negli operatori per le tossicodipendenze è stato quello di creare un brusco spostamento dell'asse delle priorità di intervento (4-5)

La giustificata medicalizzazione determinata dalla comparsa dell'infezione da HIV e le altre patologie diffuse, nel problema tossicodipendenza, è stata spesso vissuta da parte soprattutto del personale deputato all'assistenza sociale e al supporto psicologico come una regressione o come una possibile "espropriazione di competenze". In molti di questi operatori (ma anche a volte nello stesso personale sanitario) si è assistito ad una crisi a livello professionale che poteva arrivare fino a reazioni di rifiuto e negazione delle emergenti problematiche epidemiche (6-13). Proprio per risolvere queste problematiche sono stati messi a punto dei corsi di formazione e dei "training" specifici da parte di molte organizzazioni di vari paesi. (14-18)

Questi problemi (oltre alla carenza di precoci e tempestive direttive e interventi finanziari da parte degli organismi centrali), possono aver contribuito a determinare il ritardo e la difficoltà che alcuni operatori ancora oggi hanno nel riconoscere l'importanza di tale problema e quindi di applicare precocemente e costantemente i programmi di pre-

venzione, di sorveglianza clinica e di terapia sostitutiva con risvolti facilmente intuibili sulla salute del paziente e sulla comunità in generale.(19-27)

Come più volte riportato dall'OMS, la nuova strategia, da definire all'interno dei seriorientati vizi di trattamento della tossicodipendenza va verso l'ampliamento del proprio campo d'azione oltre l'obiettivo di ottenere esclusivamente ed immediatamente l'astinenza dalle droghe, prendendo in considerazione strategie più realistiche e pragmatiche miranti nel breve termine a ridurre i rischi per la salute e a ridurre la frequenza di altre conseguenze nocive che accompagnano l'uso abituale di droghe. (3-28)

Le esperienze fin qui condotte infatti hanno dimostrato che i servizi di trattamento delle tossicodipendenze che cercano di ottenere in prima istanza l'astinenza da droghe, sono utilizzati da una minoranza di tossicodipendenti per via EV.

Bisogna quindi rivalutare il concetto di prevenzione dei danni derivanti dalla tossicodipendenza attiva, incentivando la fase di primo contatto ed accettando il fatto che purtroppo la maggioranza dei tossicodipendenti non vuole (o non può), restando in un contesto socio-ambientale non contenitivo, sospendere nel breve-medio termine l'uso delle sostanze oppiacee e che purtroppo il contesto e la realtà giuridica e politica del nostro paese non permette attualmente altri tipi di intervento. Resta inteso comunque che l'allontanamento definitivo e perdurante dalle sostanze oppiacee (eroina o metadone) è l'obiettivo da considerare prioritario a medio-lungo termine.

La gravità del rischio di infezione da HIV per i soggetti che condividono l'uso delle siringhe è nota ormai da anni ed è ampiamente riconosciuta. (3-5,29-33)

Quindi i soggetti non infettati, i nuovi tossicodipendenti ma anche le persone non tossicodipendenti in contatto con loro, ed i soggetti già infettati devono essere protetti dal rischio di essere infettati o reinfezati dall'HIV. A questo proposito un ruolo importante è rivestito dalla terapia sostitutiva con metadone.

La terapia della tossicodipendenza però non può essere ovviamente ridotta, alla sola utilizzazione di metadone.

L'uso a lungo termine di farmaci sostitutivi è certo in grado di risolvere i problemi della dipendenza ma permette comunque di evitare o ridurre al soggetto le conseguenze derivanti dalla necessità di procurarsi illegalmente droga non pura e costosa e permette l'uso della via di somministrazione orale anziché endovenosa, condizione che ha dimostrato di essere preliminare ad un progressivo distacco dal circuito vizioso della tossicodipendenza (28,34,35).

Va infine ricordato, come rilevato dall'OMS fin dal 1988, che risulta giustificato, data la gravità del problema epidemico e le conseguenze sulla comunità in generale, considerare la prevenzione della diffusione dell'HIV nei tossicodipendenti prioritaria rispetto a qualsiasi altro problema legato all'abuso di sostanze stupefacenti. (28-36)

USO DI EROINA E NUOVE PATOLOGIE CORRELATE: L' EVOLUZIONE DELLE PRIORITA' DI INTERVENTO

Nel 1970 quando l'uso di eroina é entrato nelle abitudini di vita di molti giovani i problemi principali erano quelli legati al grave degrado sociale e psicologico che tale stile di vita portava con sé. Le priorità di intervento erano quelle di riabilitazione e cura immediata puntando soprattutto sul creare condizioni di disagio al paziente affinché abbandonare l'uso di eroina ed accettare percorsi terapeutici - riabilitativi basati soprattutto su un approccio psico-sociale. La maggior parte dei modelli assistenziali erano orientati su basi punitive, a volte molto repressive e non utilizzavano (anzi contestavano) i modelli medici e scientifici. Successivamente a partire dal 1980 si é assistito alla comparsa tra i tossicodipendenti di gravi patologie diffuse che hanno portato nel corso di un decennio, per la presenza di comportamenti promiscui nell'uso della siringa e dei rapporti sessuali non protetti, ad avere una situazione caratterizzata da altre prevalenze di varie gravi infezioni. Ad oggi in Italia dal 10 al 70% dei pazienti con DCE é portatore di HBV, dal 5 al 60% di HIV, dal 30 al 70% di HCV. Inoltre dal 4 al 10% dei casi di AIDS registrati nei tossicodipendenti é affetta da TBC.

Tutto questo ha trasformato la tossicodipendenza da problema sociale, all'inizio degli anni 90 da problema sociale al più grave problema di Sanità Pubblica ad oggi esistente e questo soprattutto per le gravi infezioni correlate più che per il rischio correlato all'effetto dell'eroina. Basti pensare che nel 1993 le morti per overdose sono state 875 contro i 1.932 decessi per AIDS.

Queste patologie hanno trasformato profondamente le caratteristiche cliniche e l'importanza sociale che assume il controllo e la prevenzione della dipendenza cronica da eroina. A queste profonde trasformazioni però non é corrisposto un adeguamento del sistema socio-sanitario che ha reagito con estrema lentezza ai nuovi eventi e questo soprattutto per le difficoltà di modificare i modelli culturali degli operatori del settore.

Come é facilmente comprensibile, ad oggi, gli sforzi maggiori devono essere concentrati nel fronteggiare e controllare i problemi sanitari dei pazienti con DCE, soprattutto alla luce del fatto che non é conveniente (sia per il singolo che per la comunità) permettere un non riconoscimento o un riconoscimento tardivo di infezioni così gravi. Pertanto il nuovo modello di intervento deve essere congruo con i nuovi scenari, ad impostazione medica ed orientato soprattutto alla prevenzione secondaria delle DCE. E a questo proposito risulta fondamentale ridefinire anche il modello di intervento proprio della DCE che non può più essere impostato su modelli con esclusivi riferimenti eziopatogenici di tipo psicologico e sociale. E' ormai innegabile infatti il ruolo principale dei sistemi neurochimici nel mantenere la dipendenza da eroina anche nell'uomo. L'OMS fin dal 1964 a ridefinito il concetto di "addiction" introducendo il concetto di "drug-dependence" riconoscendo le basi neuro - biochimiche della dipendenza e il loro ruolo nel genere le due

situazioni maggiormente responsabili del perdurare della patologia: l'astinenza da deprivazione e il craving. Le azioni su tali fattori e il loro controllo medico risultano ad oggi le più determinanti per instaurare una corretta base di partenza per contenere e risolvere nel lungo termine lo stato di dipendenza.

DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE DEL MODELLO PRAGMATICO

Sulla base di queste considerazioni, la definizione di un nuovo modello di intervento, sia da un punto di vista teorico che organizzativo, si rende necessaria valutato lo scarso impatto ottenuto fino ad ora dei vecchi approcci esistenti soprattutto sul contenimento dei danni derivanti dalla tossicodipendenza attiva e la eterogeneità di impostazioni con la quasi totale mancanza di valutazione scientifica dei risultati (34-37).

Il modello qui proposto viene definito "pragmatico" in quanto trae la sua formulazione teorica dall'intento di dare soluzioni semplici, e di immediata praticabilità comportano (dove possibile) ai problemi delle persone tossicodipendenti. I problemi vengono identificati sulla base della pericolosità e della nocività per la salute (sia fisica che psichica) del diretto interessato, quella delle persone in contatto con lui e della sua rete sociale (38).

Il modello inoltre può essere definito "multimodale" perchè utilizza anche contemporaneamente diversificati modi e "percorsi" terapeutici, in base alle caratteristiche del paziente e alla sua fase di cambiamento (29-34). L'approccio multimodale basa la scelta del percorso terapeutico su criteri scientifici e non ideologici, in base alla maggiore probabilità di ridurre i rischi per il paziente e di indurlo, nel tempo, ad accettare programmi di cura e reinserimento ad alta soglia (34).

La scelta del percorso terapeutico è quindi personalizzata e centrata sul paziente, sulle sue caratteristiche e sui suoi bisogni ed è basata su dei precisi criteri di inclusione, (tra cui) la verifica prioritaria della presenza o l'assenza dell'infezione da HIV (1,22,25,34).

Questa modalità di approccio utilizza, senza esclusione, tutti i supporti farmacologici a disposizione e i supporti psicologici, sociali e residenziali che abbiano dimostrato di essere efficaci nel far entrare in contatto precoce il paziente e nel mantenerlo agganciato alla struttura, ridurre i rischi derivanti dalla tossicodipendenza attiva, nell'aumentare la qualità di vita della persona tossicodipendente e nell'agevolare il suo reinserimento sociale (38). Per non dare origine ad equivoci è bene chiarire che gli autori ritengono che i supporti farmacologici non siano in grado da soli di risolvere il problema della tossicodipendenza.

Il modello è anche "integrato" in quanto prevede che i vari supporti (farmacologici e psico-sociale) possano e debbano venire utilizzati, in maniera coordinata e finalizzata, contemporaneamente. Inoltre l'integrazione avviene anche tra i vari servizi e strutture

che possono essere utilizzati (in base alla disponibilità del paziente) come ad esempio: i Centri di Primo Accesso (Drop-in-Center), i Medici di Medicina Generale, i SerT, i centri di pronta accoglienza, la comunità diurna, la comunità residenziale, i centri per il reinserimento e la valutazione degli interventi (34).

LA DIPENDENZA CRONICA DA EROINA (DCE)

Per avere una standardizzazione del linguaggio, che va al di là comunque del semplice problema semantico, è utile definire la dipendenza cronica da eroina (DCE). Essa è lo stato in cui si viene a trovare un paziente conseguente all'assunzione cronica (> 6 mesi) e continuativa di eroina, caratterizzato da una situazione astinenziale in caso di sospensione d'uso e "craving". La DCE viene da noi considerata una patologia cronico- recidivante diffusa prevalentemente tra i giovani compresi tra i 15 e 25 anni di età (1,34,39).

La caratteristica principale di questa patologia è appunto la recidiva anche dopo lunghi periodi di drug free, derivante da un profondo e quasi sempre indomabile stato di "craving" verso l'utilizzo di eroina (40). La DCE è una patologia con alta morbilità, mortalità (per overdose e patologie correlate) e con gravi alterazioni del comportamento derivanti da una profonda compromissione dello stato psicologico del soggetto interessato. La DCE si è dimostrata refrattaria alle terapie a breve termine e sensibile ai trattamenti a lungo termine. L'OMS riporta che la DCE presenta una tendenza spontanea, in circa l'85% dei casi, ad autolimitarsi in 6-8 anni, con cronicizzazione permanente nel 5-10% dei casi anche se non esistono però studi di follow up che avvalorino con precisione questi dati.

Non è nostra intenzione discutere in questa sede le basi eziopatogenetiche della DCE ma, al fine di strutturare un modello di intervento, ci interessa più semplicemente considerare la DCE come una condizione patologica caratterizzata da con gravi alterazioni dello stato fisico, psichico e sociale della persona interessata.

Il mantenimento della DCE non dipende quindi semplicisticamente da scelte comportamentali "volontarie" o da soli fattori psicologici ma soprattutto da gravi turbe neurobiologiche e stati di malessere fisico (sindrome astinenziale) e psichico (craving) scatenanti e amplificati dalla privazione di eroina.

La DCE presenta quindi genesi multifattoriale in cui giocano un ruolo importante anche fattori neurobiologici non completamente definiti (41)

Risulta evidente inoltre che il grado di consapevolezza del problema da parte del paziente, la sua autonoma capacità decisionale di mantenere fede ai programmi da lui stesso impostati e l'impegno richiestogli dagli operatori o dai familiari al fine di mantenere lo stato drug-free in una costante e fortissima condizione di craving, sono fattori difficilmente presenti, persistenti ed efficienti sotto l'effetto di una sindrome da dipendenza (astinenziale o, per contro dell'eroina).

Da un punto di vista psico-comportamentale questa condizione può determinare una compromissione delle capacità mentali necessarie per operare scelte responsabili e consapevoli al fine di mantenere comportamenti positivi coerenti nel tempo.

Va ricordato infine che la cessazione dell'uso degli oppiacei anche per alcuni mesi non può far ritenere superato lo stato di dipendenza e questo può essere ritenuto ben superato solo dopo almeno cinque anni di assoluta astinenza dagli oppiacei e il non ricorso ad altre sostanze di "compenso" (alcol, altre droghe, sedativi, ecc.) (34,35).

IL PROBLEMA DELL'ADESIONE VOLONTARIA AI PROGRAMMI DI INTERVENTO

Il problema principale che si pone all'operatore che affronta la DCE è la ricerca dell'adesione volontaria del paziente tossicodipendente ai programmi di intervento.

Soprattutto nei primi 3-4 anni di tossicodipendenza attiva, il paziente non intende sospendere l'uso di eroina in quanto non ha ancora sperimentato le conseguenze spiacevoli. I modelli di approccio proposti sono molti, ma è possibile distinguere due impostazioni: quella "tollerante" che conta sull'adesione spontanea e volontaria ai trattamenti del paziente (in quanto gli riconosce, nonostante la dipendenza, una capacità e un diritto di libera scelta) e di auto determinazione, quella con sul piano fisico, psicologico e sociale "coercitiva" che auspicherebbe una situazione più rigida e quasi impositiva dei trattamenti in quanto non condivide il concetto della capacità di scelte autorizzata del paziente. Esistono poi una serie variegata di modelli che oscillano tra questi due estremi con varie combinazioni di ideologie e posizioni.

1. Il modello "tollerante"

Il primo modello basa l'attuazione degli interventi sull'adesione spontanea del paziente, mirando in prima istanza a ridurre i rischi e i danni derivanti dalla tossicodipendenza attiva e in un secondo momento ad indurre il paziente alla sospensione dell'uso di eroina.

Questo modello prevede quindi una sorta di "tolleranza" finalizzata all'uso di sostanze stupefacenti e una non criminalizzazione del paziente, accettandone l'uso controllato di eroina anche nel corso dei vari interventi. Il tutto finalizzato a prevenire i rischi attraverso anche una più ampia adesione ai programmi da parte dei pazienti. Al paziente viene riconosciuta e lasciata la facoltà di scegliere i modi e i tempi di trattamento in quanto egli è considerato in grado di operare scelte e di prendere decisioni sul come e quando intraprendere la terapia (38). Questo modello riconosce quanto ad oggi previsto dalla legge e cioè che il paziente tossicodipendente ha il diritto, al pari di qualsiasi cittadino e delle altre patologie, di scegliere se intraprendere la cura, il tipo di trattamento, il medico cu-

rante e il luogo di cura. Infine si riconosce la necessità di adeguare e personalizzare i trattamenti in base alle caratteristiche dei pazienti.

2. Il modello “coercitivo”

Il secondo modello, invece, ritiene fundamentalmente che il paziente non sia in grado di operare scelte responsabili e che sia prioritario instaurare fin da subito trattamenti per la sospensione dell'uso di eroina, collocando il paziente all'interno di un percorso obbligato caratterizzata dalla presenza di strutture rigide. Il modello tende a creare quindi delle strutture (esterne a quelle di cura) di repressione e dei percorsi obbligati che rendano più decisi i flussi ai trattamenti. Questa impostazione auspica quindi una serie di accorgimenti politici, amministrativi e giudiziari che “costringono” in qualche modo il paziente tossicodipendente ad entrare in trattamento. A questo fine però viene fatto rilevare che, per poter attuare una tale politica con successo, sarebbero necessarie strutture pubbliche di riabilitazione e cura molto diverse da quelle attualmente esistenti e soprattutto normative che permettano ciò.

Il problema se considerare la persona tossicodipendente in grado di compiere scelte responsabili relativamente alla sua cura, o se invece non sia auspicabile una sorta di trattamento sanitario obbligatorio, non è un problema di facile soluzione.

Alcuni ritengono difficilmente comprensibile che una persona sottoposta costantemente all'effetto di eroina (associata spesso ad altri farmaci psicoattivi) e alla sofferenza astinziale in caso di sospensione dell'uso, sia in grado di compiere scelte responsabili.

Sulla base di questa considerazione, un terzo modello di intervento (che rappresenta una variazione del precedente) proposto da alcuni operatori del settore, è quello che riconosce il paziente tossicodipendente da eroina incapace di operare scelte responsabili e quindi di poter avere tutte quelle “abilitazioni” sociali che potrebbero portare danni a terzi quali ad esempio, il porto d'armi, la patente di guida, l'abilitazione a svolgere lavori pericolosi, di responsabilità, ecc.

Sulla scorta di questa considerazione e del fatto che alcuni considerano la tossicodipendenza attiva una vera e propria malattia troverebbe giustificazione l'applicazione di trattamenti sanitari obbligatori.

La perdita dei diritti civili e delle “abilitazioni” sociali dovrebbe essere proposta temporaneamente per ogni paziente con uso continuativo di eroina. Successivamente se persiste l'uso o subentrano problemi sociali o medici, il medico dovrebbe poter richiedere un trattamento sanitario obbligatorio.

Questo approccio non prevede, anzi rifugge la criminalizzazione del paziente tossicodipendente ma trasformerebbe immediatamente ogni detenzione per reati di droga-connessi in trattamenti sanitari obbligatori. Attuare questo modello vorrebbe dire però trasformare profondamente la struttura assistenziale esistente perchè sarebbe disastroso

creare un enorme flusso di pazienti in trattamento obbligatorio senza avere programmi e strutture idonee a soddisfare efficacemente e completamente tali esigenze.

Risulta chiaro che per fare questo occorrerebbe prima di tutto una precisa normativa a riguardo, ma soprattutto delle concrete azioni applicative con precisi finanziamenti.

La scelta odierna più praticabile quindi, pragmaticamente ragionando e tenendo conto del contesto politico, normativo e sanitario italiano, è quella di offrire programmi di intervento basati sull'adesione volontaria del paziente, offerti e strutturati in modo tale da essere facilmente fruibili e altamente "appetibili" dall'utente, nel minor tempo possibile, il più a lungo possibile e al minor costo..

I PRINCIPALI RISCHI CONNESSI CON LA DCE E LE PRIORITÀ DI INTERVENTO

1. I rischi connessi

I rischi connessi con la DCE sono a vari livelli: biologico, sociale e psicologico.

Il rischio biologico deriva principalmente dal tipo di e dalla purezza delle sostanze di iniezione e dalle modalità con cui vengono preparate ed iniettate. A questo livello i pericoli principali sono costituiti dall'overdose e dalla patologia infettiva (infezione da HIV, epatiti, TBC, MTS, ecc.). Si tratta quindi di patologie per la maggiore parte diffuse e gravemente invalidanti 5,29,30,42-44).

Il rischio sociale deriva prevalentemente da fattori quali l'inserimento nelle attività criminali e le carcerazioni che ne derivano, la prostituzione, la distruzione della rete sociale e la perdita delle abilità sociali e delle capacità produttiva. Il tutto "cristallizza" il tossicodipendente in un ruolo sociale che rende estremamente difficile poi, anche una volta sospeso l'uso di oppiacei, il suo reinserimento in condizioni di buona socialità.

Il rischio psicologico più importate che le persone con DCE corrono e che è in grado di condizionare soprattutto il recupero e il reinserimento nel lungo termine è la destrutturazione profonda e permanente della loro personalità con la difficoltà di produrre corrette analisi di realtà, di elaborare le frustrazioni, di instaurare relazioni affettive e di mantenere conseguentemente comportamenti coerenti e positivi nel tempo.

Questa destrutturazione deriva soprattutto dal fatto che la persona con DCE è costretta a vivere per anni ed accettare situazioni quotidiane di grave disagio psichico con annullamento del minimo rispetto di se, al fine di procurarsi la dose giornaliera di eroina. Tutto questo strutturando una personalità "monofinalizzata", sulla spinta di elementari quanto forti stimoli neurobiologici quali sono la sindrome da astinenza e il craving.

2. Le priorità di intervento

A questo punto risulta evidente che (in un'ottica pragmatica, ma ancora prima di semplice buon senso) prima di tutto è indispensabile conservare l'integrità biologica e quindi quella sociale e psicologica (34-38).

Risulta importante quindi assicurare in prima battuta e nel breve termine che la persona tossicodipendente resti "viva e il più possibile in buona salute", secondariamente che conservi la sua rete sociale e la sua integrità psicologica che sono di importanza cruciale per il mantenimento nel tempo dei risultati ottenibili per esempio con le terapie farmacologiche e che saranno di importanza fondamentale nel momento del reinserimento.

La naturale conseguenza di questa impostazione è quella quindi di incentivare la prevenzione secondaria della DCE e cioè la riduzione di tutti i rischi e i danni derivanti da essa. Si può facilmente comprendere quindi quanto sia stato pericoloso e non razionale il principio molto utilizzato da numerosi operatori del settore secondo i quali "per incominciare a guarire dalla tossicodipendenza i tossicodipendenti devono prima toccare il fondo". La motivazione al cambiamento dovrebbe cioè essere attivata da specifiche esperienze negative associate al consumo di eroina.

La pratica clinica o la ricerca indicano, tuttavia che tali esperienze costituiscono situazioni limite la cui evenienza non ha trovato in molti casi verifica empirica. Un'analisi più approfondita degli aspetti motivazionali che spingono il tossicodipendente al cambiamento rivela che un ruolo decisivo viene svolto dalla pressione sociale e familiare e soprattutto dalla decisione individuale ad "uscirne" prima di aver "toccato il fondo".

L'effetto cumulativo di esperienze negative avrebbe quindi un ruolo più limitato di quelli attribuitigli: la disponibilità/possibilità di cambiamento è già presente anche in assenza di livelli di deprivazione necessariamente drammatici (58).

Questo modo di pensare e il conseguente modo di operare purtroppo non sono ancora scomparsi.

Forse è bene ricordare a coloro che credono ancora in queste teorie che il prezzo da pagare per raggiungere il fondo è troppo alto sia per il singolo che per la comunità in quanto il "fondo" è fatto di AIDS, di Epatiti, TBC, prostituzione, carcere, overdose, distruzione della famiglia, perdita del lavoro e molti altri disagi.

GLI OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

Il programma di intervento deve essere in grado di attivare al più alto livello e nei tempi più brevi possibili, il contatto e la permanenza del tossicodipendente nella rete di strutture sanitarie e sociali, deputate alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione. Alla luce delle considerazioni fatte dall'OMS (28) e da altri Istituti nel campo delle tossico-

dipendenze e tenendo conto della presenza dell'infezione da HIV e dei rischi ad essa correlati, gli obiettivi generali dell'intervento sui tossicodipendenti possono essere così riformulati :

1. Obiettivi generali

I. A breve termine:

- a. Far entrare e mantenere in stabile contatto con le strutture sanitarie il maggior numero possibile di tossicodipendenti (anche con uso saltuario)
- b. Ridurre nel più breve tempo possibile i rischi sanitari e psico-sociali derivanti dalla tossicodipendenza "attiva", cioè dall'uso endovenoso di sostanze
- c. Mantenere in contatto il TD con la struttura
- d. Fornire precocemente diagnosi e profilassi delle infezioni opportunistiche e terapie per le persone HIV positive.
- e. Ridurre la possibilità di trasmissione delle infezioni intra ed extragruppo

II. A medio-lungo termine:

- a. Indurre il tossicodipendente a sospendere definitivamente l'uso di sostanze stupefacenti (eroina, metadone)
- b. Promuovere la risocializzazione e la riabilitazione del tossicodipendente.

Gli obiettivi a breve termine devono mirare a ridurre immediatamente i rischi sanitari e sociali possibilmente nelle fasi più precoci della tossicodipendenza del soggetto.

Gli obiettivi a medio-lungo termine devono essere rivolti alla soluzione radicale della tossicodipendenza mediante interventi diversificati e più strutturati sui singoli pazienti.

2. Obiettivi specifici

Le Tabelle 1a e 1b riportano in forma sintetica quali dovrebbero essere gli obiettivi specifici da raggiungere con i vari interventi. Gli obiettivi, raccolti sulla base delle indicazioni riportate in letteratura, sono stati divisi in: obiettivi per le condizioni di fattibilità dell'intervento, obiettivi sanitari, obiettivi psicosociali.

A fianco viene riportata, mediante delle abbreviazioni (B= breve, M= medio, L= lungo), il termine d'azione entro cui l'intervento indicativamente dovrebbe agire.

Tabella 1a : Obiettivi specifici dell'intervento su persone con DCE

Termine di azione	N.	Obiettivi
		Ob. per le condizioni di fattibilità dell'intervento
B	1	Agevolare primo contatto con strutture sanitarie
B	2	Agevolare permanenza nei programmi terapeutici
B	3	Agevolare il rientro terapeutico in caso di recidiva
		Ob. sanitari
B	4	Ridurre il rischio di overdose
B	5	Diminuzione del rischio infettivo parenterale, evitare/sosp. uso siringa Infezione da HIV: sieronegativi - evitare acquisizione sieropositivi - evitare trasmissione, reinfezione Infezione da HIV : sieronegativi - evitare acquisizione sieropositivi - evitare trasmissione, reinfezione, ridurre cronicizz. Altre patologie: ridurre incidenza endocarditi, sepsi, ecc.
B.M	6	Diminuzione del rischio infettivo non parenterale Infezioni tubercolari (acquisiz./trasmissione) MTS (acquisiz./trasmissione): HIV, Sifilide, Gonorrea, ecc.
B	7	Ridurre il rischio di "incidenti suicidari" per poliTD, stati depressivi
M.L	8	Regolarizzare le abitudini alimentari (congruo apporto calorico)
M.L	9	Ridurre l'uso di altre sostanze tossiche (psicofarmaci, alcool, tabacco..)
B.M.L	10	Sospendere l'uso di sostanze oppiacee: Eroina - ridurre assunzione compulsiva su base astinenziale - ridurre craving - Evitare l'uso di EV Metadone - assunzione terapeutica

Gli obiettivi sono portati in ordine di priorità in riferimento all'urgenza e alle reali possibilità di ottenere risultati positivi nel tempo indicato l'obiettivo.

Tabella 1b : Obiettivi specifici dell'intervento su persone con DCE

Termine di azione	N.	Obiettivi
		Ob. psicosociali
B	11	Ridurre i bisogni economici derivanti dall'acquisto di eroina
B	12	Sospendere l'attività di prostituzione
B	13	Sospendere le attività criminali: furto, piccolo spaccio, grande spaccio
M.L	14	Evitare carcerazioni o ridurre gli effetti negativi da essa derivanti
M.L	15	Recuperare o sviluppare strutture di personalità per una vita autonoma
M.L	16	Agevolare l'instaurazione di rapporti famigliari utili a cura e riabilitazione: <ul style="list-style-type: none">- detensione delle conflittualità maggiori- ridefinizione dei ruoli e dei rapporti
M.L	17	Incentivare o mantenere un'attività lavorativa: <ul style="list-style-type: none">- aumento della performance lavorativa- aumento della tolleranza al lavoro
M.L	18	Agevolare la ricerca e il mantenimento di condizioni abitative dignitose
M.L	19	Introduzione in gruppo sociale di riferimento con valori positivi
M.L	20	Sviluppare ed incentivare attività ricreative/culturali positive
M.L	21	Ridurre il rischio psichiatrico "post eroinopatia"

B=Breve termine M=medio termine L=Lungo termine

Il raggiungimento degli obiettivi psico - sociali andrà perseguito contemporaneamente a quello degli obiettivi sanitari, utilizzando quindi modelli integrati di intervento che riconosciamo comunque, nell'operare le scelte operative sul paziente, la priorità sanitaria.

3. La ridefinizione degli obiettivi nella persona con infezione da HIV e DCE

La sieropositività per l'HIV nella persona con DCE fa variare le priorità di intervento portando in primo piano la necessità di gestire la situazione clinica del paziente relativamente allo stato di immunodeficit (45).

Questo vale anche per la presenza di altre gravi patologie come ad esempio l'epatite C e la TBC.

Le strategie dovranno essere improntate al controllo e alla prevenzione delle infezioni opportunistiche e di comportamenti che possano portare alla trasmissione dell'infezione ad altre persone (vedi oltre articoli specifici del management clinico della persona

sieropositiva).

L'operatore dovrà variare i propri obiettivi e strategie conseguentemente terapeutiche introducendo nuovi criteri di priorità che a scopo esemplificativo vengono riportati nella figura 1.

Figura 1 : Livelli di priorità di intervento in base allo stato sierologico HIV del paziente TD in contatto con i servizi

LE AZIONI DELL'INTERVENTO

Per comprendere quali siano le azioni da mettere in atto all'interno del Modello Pragmatico al fine di strutturare un intervento, bisogna prima considerare quali siano i fattori di mantenimento dello stato di DCE (39). Tali fattori possono essere differenziati in neurobiologici, psicologici, sociali e sanitari (tabella 2).

Le azioni da perseguire quindi devono essere azioni specifiche, ma coordinate ed integrate tra i vari operatori, dirette specificatamente contro questi fattori di incentivazione e mantenimento della DCE.

Tabella 2 : Principali fattori di mantenimento della DCE

Neurobiologici <ul style="list-style-type: none">- effetto gratificante dell'eroina- sindrome astinenziale- craving
Sanitari <ul style="list-style-type: none">- malattie croniche (HIV, Epatiti, MTS, TBC)
Psicologici <ul style="list-style-type: none">- stati ansiosi e depressivi- scarsi meccanismi di adattamento- scarsa capacità di elaborazione delle frustrazioni- basso grado di consapevolezza del problema TD- bassa percezione del rischio- scarsa capacità di mantenere nel tempo comportamenti positivi
Sociali - ambientali <ul style="list-style-type: none">- inserimento nella rete criminale di spaccio- prostituzione- disoccupazione- gruppo sociale di riferimento TD- contatto con TD attivi- carcerazioni- contesti familiari negativi

Tutto questo sempre all'interno di una logica in cui la prevenzione secondaria delle patologie uso-connesse é ritenuta prioritaria e gli interventi vengono orientati secondo gli obiettivi enunciati precedentemente.

In altre parole é importante che l'operatore che si trova a dover fare scelte , agisca sempre domandandosi "qual'é la scelta che fa maggiormente diminuire i possibili danni biologici, per il paziente?" e operi di conseguenza in questo senso, controllando quindi quei meccanismi spontanei (che spesso si attivano negli operatori), che porterebbero più a punire e castigare il paziente per le sue trasgressioni e i suoi comportamenti non coerenti con le nostre indicazioni.

Risulta importante quindi agire contemporaneamente su tutti i fattori con azioni specifiche, tenendo conto però che la prima cosa da fare é mettere il paziente in uno stato di compenso neuropsicologico eliminando quindi lo stato astinenziale.

Si potranno utilizzare quindi farmaci per i fattori neurobiologici, supporto psicologico per i fattori psicologici, l'assistenza sociale per i fattori sociali, il supporto medico (sia in ambito preventivo che assistenziale) per fattori sanitari (34,35,39,45) (Figura 2).

Figura 2 : Azioni coordinate contro i fattori di mantenimento della DCE

I CRITERI DI SCELTA DEGLI INTERVENTI: LA RIDUZIONE DEI RISCHI

Gli operatori che si trovano a dover fare delle scelte terapeutiche per il paziente tossicodipendente, all'interno della logica del Modello Pragmatico, nella scelta e proposta dell'intervento devono costantemente tenere conto di cinque semplici principi (34,38). L'intervento deve risultare:

1. quello più accettato dal paziente
2. quello che riduce maggiormente e più velocemente i rischi e i danni nel contesto socio-ambientale e psicologico del paziente
3. quello che riduce maggiormente il rischio di cristallizzazione sociale nel ruolo del tossicodipendente
4. quello che permette la maggiore possibilità di adesione volontaria a futuri interventi ad alta soglia e reinserimento
5. quello più adatto alle caratteristiche cliniche del paziente, dopo un'attenta e standardizzata valutazione della gravità delle condizioni sanitarie, sociali e psicologiche.

La Figura 3 mostra un esempio di possibili scelte terapeutiche per il trattamento della DCE e la Tabella 3 le principali indicazioni, sulla base di una serie di parametri, per poter effettuare tale scelta.

La figura e la tabella in questione sono chiaramente esemplificative e non vogliono essere esaustive del problema ne devono quindi essere utilizzate con rigidità applicativa.

L'operatore dovrà pertanto sempre lavorare in un contesto di reale ed immediata praticabilità dell'intervento, evitando di costruire situazioni di disagio o di "ricatto" per il paziente al fine di ottenere adesioni e programmi giudicati più seri dall'operatore, magari facendo correre nel frattempo al paziente rischi gravi come l'overdose o l'HIV e mettendo le famiglie di queste persone in situazioni molto penose.

L'esempio tipico è quello dell'operatore che consente l'accesso alla terapia metadonica al paziente (magari sieropositivo) per invogliarlo ad accettare l'inserimento in comunità o un ricovero in ospedale per detossificazione con Clonidina e lascia il paziente per lungo tempo ad "espiare" e maturare la decisione; esponendolo così ad una serie di rischi gravissimi.

Nota importante: nella persona sieropositiva per HIV con DCE, i criteri di scelta degli interventi sono diversi e devono seguire le priorità mediche specifiche elencate precedentemente.

Un nuovo modello pragmatico di intervento per la dipendenza cronica da eroina nell'epoca AIDS

**Figura 3: Possibili scelte nei percorsi terapeutici
per il trattamento della DCE** (G. Serpelloni 1994)

Tabella 3 : Principali criteri di inclusione nei vari trattamenti per la DCE (Indicazioni per la scelta del tipo di trattamento)				
PRINCIPALI PARAMETRI	COMUNITA'	CLONIDINA	NALTREXONE	METADONE
Età	%> GIOVANE	INDIFFERENTE	INDIFFERENTE	> 18 aa
Durata TDA	B-M	B	B-M-L	M-L
Uso continuativo di eroina	ASSENTE*	IN ATTO	ASSENTE**	IN ATTO
Precedenti tentativi di interruzione	SI	NO	SI-NO	SI
Richiesta del paziente di trattamento specifico	PRESENTE	INDIFFERENTE	INDIFFERENTE	PRESENTE
Motivazione all'interruzione uso di oppiacei				
Grado di collaborazione	ALTA	ALTA	ANCHE BASSA	ANCHE BASSA
Potenzialità di mantenimento dello stato Drug-free	MOLTO ALTO	MOLTO ALTO	ALTO	ANCHE BASSO
Gruppo sociale di rifer.(% TD)	ALTA	MOLTO ALTA	ANCHE BASSA	ANCHE BASSA
Risorse familiari	INDIFFERENTE	%<< TD	INDIFFERENTE	%> TD
Occupazione stabile	INDIFFERENTE	ALTE	ALTE	MEDIO-BASSE
Situazione giudiziaria	ASSENTE	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE
Condizioni sanitarie	COMPROMESSA	BUONA O	COMPROMESSA	COMPROMESSA
	O A RISCHIO	NON A RISCHIO	O A RISCHIO	O A RISCHIO
	COMPROMESSE	BUONE	BUONE O	COMPROMESSE
	O A RISCHIO		A BASSO RISCHIO	O A RISCHIO
Rischio HIV	ALTO	ASSENTE-BASSO	BASSO	ALTO
Rischio di Overdose	ALTO	BASSO	ALTO	ALTO
Attività di prostituzione	PRESENTE O ASS.	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTE O ASS.
Gravidanza	PRESENTE O ASS.	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTE O ASS.
<p>* La maggior parte delle comunità preferisce inserire il paziente già disintossicato,</p> <p>** Per iniziare la terapia ed evitare la sindrome astinenziale, il paziente deve aver sospeso l'uso di eroina da almeno 7 giorni</p>				

1. L'importanza del supporto psicologico e sociale

Nell'intervento sul paziente con DCE, non sarà mai ribadito abbastanza l'importanza del ruolo che riveste il supporto psicologico e sociale, soprattutto nelle fasi in cui il paziente non ha ancora ben strutturato la decisione di intraprendere la via della sospensione dell'uso di eroina e durante la fase di mantenimento della sospensione (34-39).

Il supporto psicologico e sociale (trattato ampiamente nell'articolo specifico a cui rimandiamo) va costantemente ed obbligatoriamente offerto ai pazienti che enterano in trattamento (anche a quelli che non hanno mostrato intenzioni di sospendere l'uso di eroina). A questo proposito il supporto può essere a vari livelli quindi:

1. Aspecifico ed estemporaneo su problemi contingenti, per le persone con contatto in ambiente non istituzionale (counselling informale su tematiche di riduzione dei rischi e dei danni).
2. Specifico e teso ad incentivare e mantenere la permanenza in trattamento (supporto specifico per l'adesione ai programmi e mantenimento della compliance).
3. Su problemi semi-strutturati del paziente risolvibili nel breve-medio termine o con interventi supportivi, orientativi e di aiuto decisionale.
4. Di tipo psicoterapico nel lungo termine sul paziente (se le situazioni personali del paziente e quelle strutturali del servizio lo consentono)
5. Di tipo supportivo per la famiglia del paziente che dovrà (dove possibile) sempre essere coinvolta, orientata ed aiutata durante la conduzione dei trattamenti. Questo livello d'azione risulta molto importante e l'integrazione dell'intervento paziente-famiglia deve essere ritenuto fondamentale.

L'operatore che fornisce il supporto psicologico non dovrebbe essere coinvolto in prima persona nella conduzione dei trattamenti farmacologici. Sarà necessario quindi operare una scissione dell'operatività medica da quella psicosociale al di fuori delle "contrattazioni" e delle situazioni manipolatorie e seduttive che il paziente mette in atto al fine di orientare a suo piacimento le terapie farmacologiche.

Non entriamo nello specifico del tipo o dell'orientamento che i supporti psicologici dovrebbero avere in quanto non esiste ad oggi una valutazione scientifica comparata dei risultati ottenibili con l'applicazione dei vari orientamenti.

Non va dimenticata infine la specificità del supporto psicologico alle persone con infezione da HIV che assume una importanza diversificata e primaria nell'aiuto alla persona sieropositiva.

LA DISPONIBILITÀ / POSSIBILITÀ DEL TOSSICODIPENDENTE AL CAMBIAMENTO COMPORTAMENTALE E OFFERTA TERAPEUTICA.

Risulta innanzitutto utile chiarire che non sempre è corretto parlare di “disponibilità” al cambiamento da parte del paziente, ma che per l’esistenza di situazioni in cui (come l’astinenza o lo stato di craving) è più corretto parlare di “recettività/possibilità” di cambiamento in quanto il paziente è vittima di situazioni talmente forti ed indipendenti dalla sua volontà che risulta per lui estremamente difficile controllare l’assunzione di eroina (40).

Nella valutazione iniziale del paziente tossicodipendente si deve introdurre quindi il concetto di “recettività/possibilità” al cambiamento valutando anche la fase in cui il paziente si trova.

Nella proposta di cambiamento comportamentale bisogna tener conto del grado di “recettività/possibilità” della persona tossicodipendente (39) a:

1. A - Sospendere totalmente l’utilizzo di eroina senza farmaci sostitutivi
B - Sospendere totalmente l’utilizzo di eroina con farmaci sostitutivi
2. Ridurre le pratiche a rischio (sessuali e iniettive)
3. Modificare il contesto sociale incentivante la DCE (gruppo sociale di riferimento, inserimento in attività criminali, ecc.)
4. Modificare gli atteggiamenti relazionali

Chiarirsi all’inizio di ogni trattamento la reale possibilità di raggiungere questi obiettivi e il grado di modifica ottenibile risulta indispensabile per l’operatore al fine di formulare strategie realistiche.

A questo proposito è utile ricordare che il grado di “recettività/possibilità” al cambiamento in un determinato periodo può essere influenzato da vari fattori (34,39,46):

1. Grado di consapevolezza del problema e cioè quanto il tossicodipendente vive come reale problema l’uso di eroina e le attività e le conseguenze connesse con questa abitudine, e quanto e come esso percepisce la necessità di cambiamento;
2. Grado di accettazione degli interventi proposti che è condizionato dal grado di coerenza tra i reali interessi del paziente, le sue aspettative e le modifiche comportamentali proposte;
3. Reali potenzialità di intraprendere e mantenere programmi anche minimi. A questo proposito si sono dimostrati come fattori importanti e positivi nell’aumentare queste potenzialità: l’alta intensità motivazionale a sospendere l’uso, il buon rapporto con lo staff curante. Un altro fattore determinante è rappresentato dalla pre-

senza di condizioni socio-ambientali favorevoli quali: una famiglia positivamente strutturata e presente, la presenza di una attività lavorativa produttiva, l'assenza di inserimento nella rete criminale, l'assenza di debiti "eroina connessi" e di carichi pendenti, ecc.

Non va dimenticato però che il grado di "recettività/possibilità" al cambiamento è variabile nel tempo le situazioni socio-ambientali sottoposte a rapidi cambiamenti.

Per questo motivo è necessario che chiunque agisca in questo campo consideri la necessità e l'opportunità di operare sempre con elevata elasticità per ridefinire prontamente, se necessario, i programmi di intervento in base alla maturazione delle condizioni personali o socio-ambientali del paziente.

Nella stabilizzazione del paziente inoltre gioca un ruolo molto importante la terapia farmacologica sostitutiva, che può riuscire a risolvere i problemi neurobiologici che sono alla base della incoerenza dei comportamenti del tossicodipendente.

Risulta evidente quindi che l'intervento per essere realmente efficace dovrà essere "centrato sul paziente" e prevedere offerte terapeutiche coerenti con le aspettative del paziente in quel momento (34,46) ma soprattutto con il suo stato neurobiologico.

GLI STADI DEL CAMBIAMENTO: PRINCIPI GENERALI

La persona tossicodipendente passa attraverso vari stadi di cambiamento (relativamente alla possibile sospensione dell'uso di eroina) e può trovarsi in diverse condizioni ed atteggiamenti psicologici nei vari momenti della sua DCE (47,48).

Ciò condiziona fortemente l'accettazione delle varie offerte terapeutiche e l'operatore deve essere consapevole che l'offerta deve essere fatta modulando il suo contenuto. Gli obiettivi dell'operatore varieranno a seconda della fase in cui si trova il paziente in quel momento e quindi dovranno tener conto della reale praticabilità dei programmi di intervento e cioè della reale probabilità di mantenere il percorso terapeutico.

Al fine di meglio comprendere le basi teoriche del Modello Pragmatico ci sembra utile, anche se in maniera sintetica e necessariamente riduttiva, riportare qui di seguito una schematizzazione delle principali fasi del cambiamento comportamentale in soggetto tossicodipendente.

Va però ricordato che in tutte queste fasi psico-comportamentali nel determinare i comportamenti del paziente, esiste l'influenza costante (e sicuramente molto più forte di quella generabile) dei fattori neurobiologici che si estrinsecano con l'astinenza e il craving.

Lo stadio I (REFRATTARIETA' TOTALE) è caratterizzato dalla non percezione dei bisogni di cambiamento e quindi dall'assenza di strategie da parte del paziente che proba-

bilmente non avverte alcun disagio derivante dall'uso di eroina, o è in uno stato tale da essere solo ed unicamente impostato alla ricerca compulsiva e costante dell'effetto stupefacente.

Rientra in questa fase anche quel periodo iniziale chiamato "luna di miele", dove il paziente non desidera alcun cambiamento in quanto egli vive intensamente il piacere che la droga gli procura e non desidera altro.

Figura 4 : Considerazioni teoriche e pratiche connesse con il passaggio attraverso gli stadi di cambiamento

Lo stadio II (REFRATTARIETA' PARZIALE O PRECONTEMPLAZIONE) è caratterizzato da una resistenza parziale in quanto il paziente comincia a rendersi conto che l'uso di eroina può diventare un problema e a percepire la necessità e l'opportunità di un cambiamento.

Egli tuttavia non ha ancora strutturato basi motivazionali ma ha incominciato a percepire l'uso di eroina ma soprattutto le attività connesse come "problema". In questo modo il paziente inizia ad acquisire la consapevolezza del problema.

A questo stadio il paziente può arrivare per effetto di pressioni sociali (famiglia, gruppo dei pari, ambiente lavorativo, partner, ecc.) o per un'autovalutazione critica della propria situazione.

Lo stadio III ("CONTEMPLAZIONE") è caratterizzato dalla comparsa di una disponibilità di intenti con sviluppo di una base motivazionale (labile e facilmente controvertibile) ma non ancora di una vera e propria richiesta di aiuto.

In questo stadio solitamente il tossicodipendente mette in atto tentativi di autoregolamentazione destinati il più delle volte a fallire. Questo lo porta a sperimentare un senso di frustrazione della propria efficacia personale nel risolvere il problema.

E' a questo punto che il paziente spesso elabora e vive la necessità di richiesta di aiuto esterno, passaggio fondamentale per poter accedere alla fase successiva.

Va ricordato comunque che la "contemplazione" a cambiare comportamento nella persona tossicodipendente si esplica in vari livelli, risulta fondamentale che l'operatore colga esattamente il livello di cambiamento del paziente. Esso infatti può desiderare di cambiare:

III.A) Solo i comportamenti che possono provocare infezioni o danni per la sua salute, continuando l'uso di eroina.

L'identificazione del problema da parte del paziente in questo caso è solo nei possibili danni alla salute.

III.B) Solo le situazioni disagianti (conflittualità familiare e sul posto di lavoro, arresti e carcerazioni, violenza ed aggressioni, etichettatura e emarginazione sociale, ecc.) derivanti dalle attività che è costretto a fare per procurarsi i soldi per l'acquisto di eroina (prostituzione, spaccio, furto, menzogne e scorrettezze verso i componenti del gruppo sociale di riferimento, ecc.), mantenendo però l'uso di eroina.

L'identificazione del problema da parte del paziente riguarda solo i disagi derivanti dalle attività uso-connesse.

III.C) La situazione generale partendo però dall'abbandono dell'uso di eroina ed identificando quindi il problema nell'uso della sostanza specifica.

A questo proposito il paziente può però lo stesso desiderare l'effetto di altre sostanze stupefacenti come il metadone (desiderio di sospensione dell'uso di eroina condizionato ad un sostitutivo).

III.D) Sospendere qualsiasi assunzione di sostanze stupefacenti (desiderio di sospensione totale senza sostitativi).

La condizione descrittiva al punto III B è quello più problematico in quanto il paziente struttura una serie di strategie che tendono a conservare lo stato di dipendenza senza aver sviluppato la consapevolezza del vero problema.

La scelta che si impone all'operatore a questo livello è difficile: o si creano situazioni che aumentino il disagio (repressione, conflitti, ecc.) nella convinzione che possano accelerare il passaggio allo stadio III C (ma aumentando notevolmente i rischi di perdita del contatto, infettivi e di morte) o si attende accettando questa fase e proponendo al paziente solo modifiche dei comportamenti in ambito preventivo fino alla comparsa di una aspettativa del tipo III C.

Lo stadio IV (PREPARAZIONE) è caratterizzato da una disponibilità operante con elaborazione iniziale e messa in atto di strategie tendenti alla soluzione del problema (decision making).

Lo stadio di preparazione è molto importante ai fini della programmazione degli interventi e delle azioni future.

Lo stadio V (AZIONE) è quello in cui il paziente si impegna realmente a modificare il suo comportamento con partecipazione attiva e conduzione personale ed impegnata dei programmi di intervento e di modifica comportamentale.

Questo stadio può essere suddiviso in due fasi sulla base di un criterio temporale:

V.A) azione iniziale (< 6 mesi)

V.B) mantenimento (> 6 mesi)

I risultati ottenuti possono costituire rinforzi positivi che incentivano il paziente a mantenere il comportamento o rinforzi negativi che sono la base per la recidiva e quindi il ritorno a stadi precedenti di refrattarietà al cambiamento.

Un possibile evento, molto frequente in questi pazienti, è la ripresa dell'uso di eroina (stadio di RECIDIVA) che può essere dovuta a varie cause sia interne (principalmente la sindrome astinenziale, il craving stati di frustrazione e depressivi) o esterne (frequenta-

re tossicodipendenti attivi, rivivere situazioni passate “di uso”, vivere situazioni stressanti o frustranti, ecc.) che sono in grado comunque di determinare stati emozionali negativi in grado a loro volta di attivare una vera e propria sindrome astinenziale o uno stato di craving, anche a distanza di molto tempo dalla cessazione dell’uso di eroina.

La ripresa dell’uso di eroina è probabilmente la condizione più frequentemente osservabile in soggetti tossicodipendenti impegnati in un processo di modificazione dei propri comportamenti. L’attività di prevenzione e cura delle ricadute è quindi uno dei momenti centrali del modello pragmatico di intervento. Essa costituisce parte integrante della fase del mantenimento delle modificazioni comportamentali, ma si estende anche al trattamento della ricaduta stessa, allo scopo di riattivare il processo di modificazione (59).

Se si considera la DCE una condizione patologica cronico-recidivante, è possibile definire la ricaduta come una riacutizzazione dei sintomi dopo un periodo di miglioramento. Nell’ambito del modello pragmatico si preferisce tuttavia la definizione operativa di “insuccesso nel conseguimento di definite modificazioni dei comportamenti di abuso in un determinato periodo di tempo”. Tale formulazione ha il valore euristico di un modello più adeguato alle caratteristiche proprie del fenomeno tossicodipendenza: dimensionali, ossia disposte lungo un “continuum”, piuttosto che discreto, cioè del tipo “tutto o nulla”. Essa permette, inoltre, di affrontare alcune questioni di ordine teorico-pratico, quale ad esempio, quella relativa all’opportunità di fissare anche obiettivi intermedi tra la condizione di tossicodipendenza e l’astinenza totale, o quella posta dai poli-tossicodipendenti che riescono a modificare i comportamenti di abuso di eroina intensificando l’uso di altre sostanze psicoattive.

E’ possibile individuare situazioni che più di altre possono compromettere l’autocontrollo del soggetto tossicodipendente ed elevare il rischio di ricaduta, anche a distanza di molto tempo dalla cessazione dell’uso di eroina: si tratta di quelle che Cummings et al. (1980) definiscono Situazioni ad Alto Rischio (SAR)(60).

I fattori in grado di determinare SAR sono essenzialmente di tipo individuale e relazionale. Tra i fattori individuali vengono generalmente compresi gli stati emotivi negativi, come l’ansia, la tristezza, la noia o la frustrazione; vanno tuttavia considerati anche gli stati d’animo positivi, in quanto potenzialmente in grado di indurre il soggetto a sopravvalutare le proprie capacità di gestire il rapporto con la sostanza. Tra i fattori relazionali vanno considerate tutte le condizioni conflittuali, familiari, coniugali, lavorative, ecc., nonché la c.d. “pressione sociale” esercitata direttamente (ad es.: dal gruppo di riferimento, che spinge il soggetto a comportamenti di abuso che costituiscono la norma del gruppo) o indirettamente (per acquiescenza del soggetto a conformarsi alle regole del gruppo).

Obiettivi prioritari degli interventi di prevenzione delle ricadute saranno quindi:

- a) impedire o limitare il verificarsi di SAR;
- b) migliorare la capacità del soggetto di gestire SAR, e in generale, i più comuni eventi stressanti.

Un approccio pragmatico volto al conseguimento degli obiettivi enunciati, dovrebbe prevedere le fasi riportate in seguito:

1. Valutazione dei comportamenti
2. Promuovere un aumento dei livelli di consapevolezza
3. Addestramento all'acquisizione / riacquisizione di attitudini
4. Uso di strategie cognitive
5. Intervento sugli stili di vita

Dopo una preliminare ed approfondita valutazione dei comportamenti attuali, l'operatore orienterà la sua azione ad elevare i livelli di consapevolezza del soggetto (ad es.: attraverso la ricostruzione di precedenti esperienze di ricaduta e l'analisi delle fantasie di ricaduta che il soggetto riferisce).

A questo proposito va ricordato che non sempre il craving è vissuto consciamente dal paziente e che spesso si attivano automatismi comportamentali acquisiti nel tempo. In assenza di un vero e proprio desiderio pulsionale conscio e percepito come tale da parte del paziente tali automatismi possono sfociare nell'assunzione di eroina (40).

Verrà quindi condotto un vero e proprio addestramento all'acquisizione o alla requisizione di modalità di gestione del craving (ad es.: attraverso l'esposizione controllata agli stimoli associati ai comportamenti da modificare). Di grande ausilio potranno rivelarsi, inoltre, strategie cognitive specifiche, quali la valutazione dell'effetto della violazione delle norme o la verifica delle decisioni apparentemente irrilevanti (azioni cioè che costituiscono il primo anello di una catena di comportamenti che prevedibilmente determineranno una ricaduta)(61).

Sarà infine necessario un intervento più globale, sugli stili di vita, tenendo conto che la dipendenza o la necessità di gratificazione immediata possono trovare risposta non solo nell'eroina, ma in numerose altre attività ed impegni che vanno opportunamente programmati o proposti.

Risulta chiaro fin da ora, quindi, che la conseguenza immediata è che è necessario prevedere obiettivi diversificati in base allo stadio di cambiamento in cui si trova il paziente.

Risulterebbe infatti impraticabile proporre interventi ad alta soglia (come ad esempio l'entrata in comunità) ad un paziente che si trova nel primo stadio, così come sarebbe

scorretto proporre solo interventi di bassa soglia (riduzione di rischio) in pazienti intenzionati ad accettare l'inserimento in strutture riabilitative.

La Tabella 4 esemplifica la possibile strategia generale da seguire in base allo stadio di cambiamento.

La figura 4 riporta invece alcune considerazioni teoriche e pratiche connesse con il passaggio attraverso gli stadi del cambiamento.

Nota importante: la variazione dei comportamenti a rischio per l'infezione da HIV (rapporti sessuali non protetti e promiscuità dell'uso dei materiali da iniezione) segue orientativamente gli stessi stadi di cambiamento.

Un concetto importante che l'operatore deve possedere a questo proposito però, è che le proposte e le strategie per le variazioni comportamentali relativamente alla riduzione del rischio infettivo, devono essere fatte indipendentemente dal tentativo di interruzione dell'uso di eroina. In altre parole, non si devono vincolare in maniera unilaterale le proposte di riduzione del rischio infettivo all'accettazione contemporanea ed incondizionata da parte del paziente delle proposte di intervento al fine di sospendere l'uso di eroina, pena la perdita del contatto con il paziente e quindi la vanificazione delle possibilità preventive. L'intervento di riduzione del rischio deve essere eseguito in ogni caso, anche (e soprattutto) se il paziente non ha ancora manifestato l'intenzione di smettere l'utilizzo di eroina.

LA SOGLIA DI ACCESSO DEGLI INTERVENTI

I vari tipi di intervento, per poter essere applicati correttamente al fine di raggiungere efficacemente i risultati proposti, devono essere applicati su pazienti preventivamente selezionati (34). Ogni intervento ha quindi i propri criteri di inclusione che determinano il grado di accessibilità.

I fattori in grado di condizionare la scelta del tipo di intervento sono da una parte la reattività e la possibilità al cambiamento della persona tossicodipendente in quel determinato momento (stadio di cambiamento) e dall'altra i gradi di accessibilità dell'intervento.

Le caratteristiche minime necessarie, richieste al paziente, per poter entrare in un determinato percorso terapeutico determinano il "grado di accessibilità" dell'intervento stesso.

Ogni intervento quindi ha una sua "soglia di selezione" dei pazienti e in base all'intensità di questa selezione lo possiamo definire come intervento a bassa, media ed alta soglia.

Definiamo interventi a "bassa soglia" quelli dove l'accessibilità è facile, incondizionata e non selettiva. Definiamo invece interventi ad "alta soglia" quelli dove l'accessibi-

Tabella 4 : possibile strategia generale da seguire in base allo stadio di cambiamento

STADIO DI CAMBIAMENTO	INTERVENTI POSSIBILI
I Stadio - Refrattarietà totale	a. riduzione rischi e danni patologie connesse
II Stadio - Refrattarietà parziale	a. riduzione rischi e danni patologie connesse b. incentivare il contatto con strutture bassa soglia c. offerta terapia farmacologica sostitutiva
III Stadio - Contemplazione A. solo modif. comportamenti B. solo modif. disagi per attività uso-connesse C. sospensione uso eroina con sostitutivi D. sospensione uso eroina senza sostitutivi	a+b+c+ - per stadio III A,B,C : c. offerta terapia farmacologica sostitutiva - per stadio III D: d. offerta terapie farmacologiche non sostitutive o inserimento in comunità
IV Stadio - Preparazione	a+b+c+d+ e. supporto psicosociale
V Stadio - Azione A. azione iniziale (< 6 mesi) B. mantenimento (> 6 mesi)	a+b+c+d+e+ f. prevenzione della recidiva
Recidiva	a+b+c+d+e+ g. supporto psicosociale specifico per recidiva

lità è difficile, con condizioni precise e quindi selettive: due esempi di interventi rispettivamente a bassa ed alta soglia sono i programmi di scambio delle siringhe e la comunità terapeutica residenziale.

La Tabella 5 riporta in maniera schematica le principali differenze delle soglie di vari tipi di interventi, in base al grado di accettazione richiesta al paziente (e quindi al suo grado di motivazione necessario), alla necessità di sospendere l'uso di eroina, agli obiettivi e al tempo di realizzazione del programma setting dell'intervento, e al tipo di contratto terapeutico.

Alla luce di quanto fin qui esposto, risulta evidente che il percorso che si deve intraprendere e portare avanti passa attraverso una serie di obiettivi intermedi che l'operatore deve avere ben chiari sin dall'inizio dell'intervento (Figura 5).

Tabella 5 : Soglia degli interventi e caratteristiche principali			
Caratteristiche	Soglia di selezione		
	Alta	Media	Bassa
Grado di accettazione richiesto (motivazione)	Alto	Medio	Basso
Sospensione uso eroina	richiesta ed indispensabile	richiesta (uso salt. tollerato)	non richiesta e non necessaria
Obiettivi	totali e complessi (ristrutt. psicosoc.)	parziali	minimi e semplici (riduz. danni)
Tempo del programma	lungo termine (anni)	medio termine (mesi-anni)	breve termine (ore-giorni)
Setting di intervento	complesso e molto strutturato	semistrutturato	non strutturato ("on street")
Contratto terapeutico	presente con regole rigide	Presente con regole elastiche	Assente

Il fatto di applicare tecniche di riduzione del danno in un dato momento della vita del paziente non vuol dire dimenticare che l'obiettivo finale è la sospensione dell'uso di eroina con il reinserimento sociale, ma solo rendersi conto (ed agire di conseguenza) che è necessario adattare l'intervento al contesto di praticabilità esistente, rispettando le priorità di intervento che vengono dettate, non tanto dalle scelte ideologiche dell'operatore, ma da criteri oggettivi di urgenza e di importanza sulla conservazione della integrità biologica, sociale e psicologica del paziente.

Figura 5 : Obiettivi intermedi e percorso terapeutico

La Figura 6 mostra in sintesi il Modello Pragmatico partendo dal grado di recettività e possibilità al cambiamento del paziente, dal suo grado di percezione dei bisogni di cambiamento e quindi definendo (in maniera esemplificativa e schematica) le soglie degli interventi e gli ambienti tipici dove vengono espletate tali azioni.

La Tabella 6 riporta invece alcuni esempi di interventi possibili in base ai vari ambienti.

Nell'applicare il Modello Pragmatico bisogna considerare tre principi:

1. Per l'inserimento in ogni livello di intervento devono essere rispettati gli specifici criteri di inclusione ed esclusione

Figura 6 : modello pragmatico di intervento

2. Ogni livello di intervento è finalizzato al raggiungimento di obiettivi superiori ma tutti mantengono la logica della prevenzione secondaria (riduzione dei danni)
3. In caso di fallimento di un intervento la persona tossicodipendente andrà inserita in un intervento a soglia più bassa, evitando la “colpevolizzazione” della persona

Il criterio di base è comunque quello di operare scelte prioritariamente orientati alla riduzione dei danni e i rischi per il paziente, sia nella fase di primo contatto (outreach), di intervento a bassa o alta soglia, che in quella di prevenzione delle recidive e reinserimento.

A questo proposito l’operatore deve saper gestire, in caso di recidiva, la propria aggressività derivante dalla frustrazione della sua onnipotenza terapeutica, il proprio moralismo, i rancori e le intenzioni di “punizione”.

La DCE è eventualità dalla recidiva e quindi l’operatore deve considerare questa possibilità applicando il concetto di “mobilità della soglia” degli interventi e operando interventi a soglia più bassa che risultano essere e quindi più praticabili ed accettati dal paziente.

Tabella 6 : Esempi di interventi e ambienti

1. Bassa soglia (Drop in Center*, unità mobili, “on street”, Medici Med. Gen.MMG)

- | | |
|---|---|
| - informazione HIV | - test e counseling HIV |
| - counseling estemporaneo HIV | - distribuzione mat. sterile |
| - insegnamento abilità preventive** | - terapie farmacologiche |
| - distribuzione mat. informativi | - primo soccorso |
| - momenti di aggregazione sociale | - gruppi di supporto tra pari |
| - gestione medica patologie corr. a DCE | - valutazione efficacia dell'intervento |

* centri di prima e pronta accoglienza

** disinfezione siringa, uso profilattico, soccorso overdose

2. Media soglia (Sert, comunità diurna)

- | | |
|---|--|
| - terapie farmacologiche | - supporto psicosociale |
| - psicoterapie | - training modifica comportamentale |
| - altre attività su programma a lungo termine | - valutazione efficacia intervento (follow-up) |

3. Alta soglia (comunità residenziale-reinserimento)

- programma psicoterapeutico a lungo termine
- apprendimento professionale
- altre attività di reinserimento sociale
- valutazione efficacia dell'intervento (follow-up)

LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

La valutazione degli interventi sul singolo paziente e prima ancora dello suo stato di gravità clinica, risulta di fondamentale importanza (43,44,49-52). A questo proposito é stato sviluppato un apposito articolo a cui rimandiamo. In questa sede vogliamo solo ribadire l'inscindibilità tra intervento e valutazione in un contesto di costante disponibilità scientifica a modificare i modelli operativi sulla base delle evidenze sperimentali prodot-

te. La valutazione sistematica dei risultati degli interventi sul singolo paziente, risulta essere una parte integrante ed irrinunciabile del modello qui presentato. Essa andrà applicata a qualsiasi intervento intrapreso per tutta la sua durata e proseguita con rilevamenti periodici almeno ogni 6 mesi, anche dopo la sospensione dell'uso di eroina per almeno 3-5 anni (53-55).

La valutazione viene eseguita prevalentemente su indicatori oggettivi definibili (a differenza di quelli usati nel sistema per la valutazione dello stato di gravità) come “indicatori di processo”, non escludendo però una valutazione qualitativa derivante da considerazioni dell'operatore esperto, non trasformabili in numeri (53-56).

Gli indicatori scelti per la valutazione del singolo paziente sono di tipo quantitativo in ambito tossicologico, medico e psicosociale, al fine di permettere una valutazione globale dei risultati raggiunti dal paziente (Tabella 7).

Molti altri indicatori possono essere selezionati all'occorrenza ed osservati nel tempo. La valutazione comunque dovrà partire da una base eseguita all'entrata del paziente in

Tabella 7 : principali indicatori scelti per la valutazione globale dei risultati raggiunti dal paziente tossicodipendente in trattamento

1. Uso di eroina durante il trattamento (N.+ su 4 controlli/mese)
2. Uso di altre sostanze (cocaina, amfetamine, alcool, sedativi...)
3. Grado di craving rilevato mediante autovalutazione del paziente,
5. Incidenza di infezioni/patologie “siringa indotte” (HIV, virus epatitici, Tbc, MTS, ...)
6. N. Interruzioni di gravidanza
7. N. Episodi di comportamenti a rischio per l'infezione da HIV
8. N. episodi di overdose
9. Durata del periodo eroina-libero
10. Grado di compliance ai programmi psico-sociali (% di assenze ai colloqui).
11. Avvio o mantenimento delle attività lavorative/scolastiche (numero di assenze/mese, indice di produttività)
12. Numero e tipo di crisi familiari.
13. Numero di nuove relazioni interpersonali positive intraprese
14. Tipologia e gruppo sociale di riferimento (% di TD attivi sul gruppo amicale)
15. Presenza di attività criminali (N. , durata e motivo degli arresti)
16. Presenza e frequenza di attività di prostituzione
17. Tentativi di suicidio
18. Autovalutazione globale del paziente sui risultati generali del trattamento (score 0 -10)
19. Valutazione globale dello staff degli operatori sui risultati generali del trattamento (score 0 -10)

trattamento con ricostruzione degli eventi negli ultimi 60 giorni, confrontata periodicamente con rilevamenti sugli stessi indicatori. Come si può notare il sistema di valutazione dello stato di gravità clinica all'entrata in trattamento in seguito presentato, usa anche gli indicatori sopra riportati e potrebbe essere utilizzato come base iniziale per la valutazione comparata delle variazioni nel tempo.

LA RIDEFINIZIONE DEL MODELLO SULLA BASE DEI RISULTATI OTTENUTI

Qualsiasi modello di intervento, compreso quello qui presentato, deve poter essere ridefinito in base alle informazioni sull'efficacia dell'intervento ottenute dall'elaborazione e valutazione dei risultati sui pazienti. Quest'azione é irrinunciabile per poter mettere a punto sistemi realmente efficaci, ma soprattutto per evitare la creazione di rigidi modelli non modificabili nel tempo. La ridefinizione dovrà riguardare sia le procedure di primo contatto che di gestione del paziente ma anche i protocolli di diagnosi e terapia.

A questo proposito risulta fondamentale quindi, rientrando anche nella logica di assicurare buone norme di pratica clinica (34), che gli operatori e i servizi definiscano, rendano formali e si attengano a precisi e standardizzati protocolli diagnostici, terapeutici e procedurali. Essi dovranno essere definiti sulla base della letteratura scientifica presente sull'argomento, sulle indicazioni degli organi istituzionali e sulla base dell'esperienza degli operatori.

Tutto questo consapevole della necessità di non cadere in sterili rigidità operative ma neppure di lasciare all'improvvisazione e alla non verificabilità, la conduzione degli interventi in pazienti con DCE . Una volta discussi e identificati protocolli, gli operatori devono attenersi alle procedure previste considerando la possibilità di variazione come possibile ma eccezionale.

Se un protocollo non corrisponde alle necessità emergenti e vengono compiute continue variazioni dagli operatori esso andrà formalmente ridefinito, non accettando quindi la prassi di "modifica spontanea", che si fissa nel tempo e nella consuetudine, non discussa ed approvata dallo staff. Va chiarito che la necessità di possedere protocolli terapeutici non riguarda le modalità terapeutica e relazionale che si instaurano all'interno degli interventi psicoterapici ma, per questi interventi, andranno definite solo le modalità e i criteri di inclusione, di esclusione, di verifica dei risultati comportamentali e della compliance al trattamento.

I PRINCIPI ORGANIZZATIVI: UN MODELLO DIPARTIMENTALE

Per attuare il Modello Pragmatico è necessaria una base organizzativa dei vari servizi e strutture per le tossicodipendenze, molto diversa da quella attuale. I principi su cui si basa la riorganizzazione per affrontare la dipendenza cronica da eroina(DCE) sono quelli del coordinamento integrato tra vari ambienti con funzioni diversificate, a specializzazione e quindi a soglia di selezione dei pazienti crescente (Figura 7).

Il fine è quello di creare degli ambienti diversi in base alle necessità dell'utenza e alle sue caratteristiche, ma soprattutto alle sue potenzialità terapeutiche e quindi ai programmi di intervento attuabili.

Figura 7 : Principi organizzativi e coordinamento dei livelli di intervento in un contesto dipartimentale per la dipendenza cronica da eroina

1. Tipologie dei pazienti e ambienti di cura

Quello che normalmente avviene nei servizi cioè mescolare negli stessi ambienti e con gli stessi operatori utenze con intenti, fasi di cambiamento e programmi diversi, si è dimostrato spesso essere fallimentare compromettendo la buona riuscita del trattamento(34). Questo in quanto il paziente motivato alla sospensione dell'eroina viene facilmente ricoinvolto nell'uso da altri utenti presenti negli stessi ambienti e non motivati alla sospensione. Inoltre non è incentivante per i pazienti che hanno ottenuto buoni risultati e che seguono correttamente un programma, sottostare alle stesse regole ed avere gli stessi "privilegi" dei pazienti che non seguono programmi strutturati o che utilizzano eroina durante i trattamenti.

Le fasce di utenti a cui dare delle risposte preventive e terapeutiche quindi, devono essere diversificate soprattutto in base alla possibilità, alla fase di cambiamento e alle risorse utilizzabili. Le considerazioni principali sulle tipologie di pazienti, in relazione agli ambienti di primo contatto e di cura, possono essere così riassunte:

1. Ad oggi esiste soprattutto la necessità di sviluppare interventi per gli utenti con breve storia tossicomane (dai 0 ai 4 anni) in quanto di solito refrattari alle proposte di sospensione d'uso dell'eroina, non in contatto con i servizi e quindi ad alto rischio di overdose e di acquisizione di infezioni.
2. Esiste una necessità di risposta specifica anche per la fascia dei pazienti cronici che hanno più volte sperimentato i servizi e che non accettano nessuna proposta di inserimento in percorsi che portino alla sospensione dell'uso di eroina
3. Vi è inoltre la necessità di dare risposte, diversificate dalle precedenti, a tutti quei pazienti che riescono invece a restare inseriti in programmi a medio/ lungo termine non residenziali, conservando quindi la loro rete sociale.
4. Un'ulteriore risposta, che andrebbe sicuramente incentivata ed amplificata, è per quei pazienti per cui è opportuno ed indicato un trattamento all'interno di comunità residenziali, in quanto il loro contesto socio-ambientale non consente interventi non residenziali per la presenza di fattori negativi incentivanti il mantenimento della DCE o la recidiva.
5. Un tipo particolare di paziente infine è quello che può essere avviato al reinserimento sociale. Quest'azione può avvenire alla fine di un trattamento o, più opportunamente, già durante le fasi di trattamento, una volta stabilizzate le condizioni biopsicosociali del paziente.

2. Gli ambienti e la rete assistenziale

Per ottenere una rete assistenziale in grado di rispondere ai bisogni odierni (sanitari, sociali e psicologici) dei pazienti con DCE o che utilizzano droghe non oppiacee, bisogna prevedere strutture diversificate sia funzionalmente che logisticamente, che seguano però una logica di continuità e di integrazione assistenziale.

Come esiste la necessità di diversificare gli interventi in base alle caratteristiche dei pazienti, esiste di conseguenza la necessità di avere a disposizione ambienti diversi, appositamente strutturati per la diversa utenza e le diverse finalità. Un altro punto da tenere in considerazione, nella ristrutturazione dei servizi, è la nuova e generalizzata tendenza all'uso di droghe non oppiacee a base amfetaminica e allucinogena quali l'Ecstasy, e LSD. Va considerato inoltre l'incremento che si è registrato anche di uso di cocaina e altre droghe eccitanti.

Tutte queste droghe hanno creato una fascia di utilizzatori fortemente diversificata da quella che usa solo eroina.

In considerazione di quanto sopra esposto, e al fine di sviluppare una rete assistenziale futura in grado di dare risposte complete e diversificate per ridurre i rischi e i danni derivanti dall'uso di droghe, ma che possa anche offrire alla persona interessata percorsi terapeutici personalizzati e completi, vi è la necessità di strutturare l'operatività in diversi livelli.

I livelli essenziali da noi previsti sono quattro, ognuno dei quali con obiettivi, strategie e modalità operative diversificate ma integrate.

A nostro avviso i nuovi livelli da sviluppare sono soprattutto quello di primo contatto (finalizzato ad incentivare i flussi in afferenza alle strutture riabilitative ma soprattutto alla riduzione dei rischi e dei danni) e quello di reinserimento sociale alla fine dei percorsi terapeutici.

Pertanto la rete assistenziale per i tossicodipendenti dovrebbe essere così strutturata:

Il primo livello (bassa soglia)

Prevede Centri di prima accoglienza (Drop-in-Center), unità mobili e interventi in strada al fine di raggiungere la fascia di tossicodipendenti con breve storia tossicomane o cronici refrattari ai trattamenti che si sono allontanati dai servizi. Dovrebbero far parte di questo livello anche i medici di medicina generale che, come già sperimentato in Inghilterra, risultano essere un punto di notevole importanza sia per il primo contatto che per la terapia farmacologica, la prevenzione e la cura delle patologie correlate alla DCE.

Le funzioni principali di questo livello sono (vedi anche tabella 6): il primo contatto, il primo soccorso, l'applicazione di tecniche per la riduzione dei rischi e dei danni, la di-

stribuzione di materiali sterili, la terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, l'informazione e la creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, l'assistenza sociale, la prevenzione e la gestione iniziale medica delle patologie interne e il supporto psicologico nel breve-medio termine.

Questo livello prevede anche l'accoglienza e della selezione dei pazienti e il loro smistamento nei vari ambienti superiori di intervento.

Il secondo livello (media soglia)

Riguarderebbe quello che ad oggi sono i SerT i quali dovrebbero specializzarsi più sugli aspetti psicologici riabilitativi con programmi a medio-lungo termine, per tutti quei pazienti che, contattati dal primo livello e successivamente parzialmente stabilizzati e motivati, possono affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici e socio/riabilitativi.

Le funzioni principali di questo livello ambulatoriale possono essere: gli interventi integrati medici, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con le scuole, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie.

Il terzo livello (alta soglia)

Riguarda le comunità terapeutiche nella loro forma residenziale e diurna. I programmi sono rivolti a quella fascia di utenti che accettano l'inserimento in tali strutture sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine.

Le funzioni principali di questo livello possono essere: i programmi psicoterapici nel lungo termine e i training di apprendimento professionale.

Fa parte di questo livello anche la gestione delle eventuali ospedalizzazioni finalizzate al trattamento della dipendenza in apposite strutture funzionali collegate al SerT.

Il quarto livello (alta soglia)

Riguarderebbe appositi settori che dovrebbero curare i programmi di reinserimento sociale e valutazione degli interventi. L'importanza di questo livello (attualmente poco sviluppato) è facilmente intuibile.

Le funzioni principali sarebbero quelle di preparare il paziente all'inserimento sociale una volta ultimato il percorso terapeutico e preparare anche l'ambiente sociale che accoglierà il paziente (famiglia, ambiente di lavoro). Altre funzioni di questo livello dovrebbero essere inoltre quelle di valutazione sistematica e costante (quantitativa e quali-

tativa) del follow-up dei pazienti afferenti ai vari livelli di intervento e quindi dell'efficacia degli interventi stessi.

3. Il Percorso preventivo ed assistenziale

Risulta chiaro che la persona TD, con un'organizzazione di questo tipo, ha a disposizione un percorso (fatto di vari ambienti specializzati) che provvede a fornire prestazioni prima di tutto in ambito preventivo e successivamente (se la persona con DCE lo richiede e lo accetta) in ambito assistenziale e di reinserimento.

Il paziente potrà entrare nel sistema assistenziale accedendo ai vari livelli in base alle sue caratteristiche e non sarà necessario passare obbligatoriamente da tutti i livelli.

Il paziente che matura intenzioni di sospensione dell'uso di eroina quindi potrà passare dai "Drop in Center" di primo livello (dove si eseguono soprattutto interventi di prevenzione secondaria della DCE) ai centri di secondo o di terzo livello per poter essere inserito in programmi più personalizzati, a lungo termine e più mirati al recupero psicosociale.

Il percorso qui tracciato è necessariamente sintetico e quindi riduttivo e può essere ulteriormente ottimizzato, tuttavia riteniamo che sia importante, soprattutto per gli operatori come anche per il paziente, dare dei confini abbastanza netti tra un livello di intervento (e quindi di impegno e di successo raggiunto) e l'altro.

CONCLUSIONI

Non riteniamo che quanto qui proposto possa costituire la soluzione finale al problema dell'impostazione dell'assistenza alle persone con DCE; esso tuttavia rappresenta una nuova base di partenza per incominciare ad affrontare il fenomeno con orientamenti non ideologici o confessionali ma basati innanzi tutto su criteri scientifici, operando sempre nel reale interesse del paziente (1,34,35,39,43,45) provvedendo in primo luogo alla sua sopravvivenza. Questo in un'ottica pratica e realistica, fornendo adeguate risposte anche quando il paziente continua l'uso di eroina (38). In altre parole non riteniamo più accettabile la logica del "se continui ad usare eroina non puoi accedere anche ai minimi servizi assistenziali", selezionando quindi i pazienti sulla base delle aspettative degli operatori e non dei reali bisogni degli utenti. Così facendo i servizi si sono specializzati sull'utenza meno fastidiosa e più gratificante per l'operatore ma sicuramente meno bisognosa. Pur non negando la necessità di selezionare l'utenza al fine di migliorare e specializzare l'intervento erogato nei singoli ambienti, bisogna però riconoscere la necessità di fornire risposte a tutti i vari livelli di necessità ed anche per tutti quei pazienti che ad oggi vengono esclusi dagli interventi ad "alta specializzazione".

L'emergenza AIDS nei tossicodipendenti inoltre deve essere messa come priorità da affrontare. L'intervento sulla DCE deve quindi tenere conto costantemente di questa necessità, strutturando percorsi preventivi e terapeutici in grado di ridurre il rischio HIV e differenziati per le persone sieropositive (1-13,19-33,36,38).

Guide terapeutiche realmente orientate a risolvere scientificamente il problema della DCE, emergeranno quando i medici in primo luogo insisteranno ad applicare alla chemioterapia della tossicodipendenza gli stessi standard che applicano alla chemioterapia delle malattie infettive, del cancro, della schizofrenia, della depressione e dei disturbi endocrini (41).

Un altro punto importante che vale la pena di ricordare è che tutti gli interventi (nessuno escluso) devono essere accompagnati da una valutazione oggettiva, costante ed irrinunciabile dei risultati ottenuti (43,44,49-52,56,57) e questa valutazione va soprattutto estesa anche alla selezione operata in entrata sui pazienti richiedenti un trattamento (cioè i non trattati) e sul numero di tossicodipendenti, residenti nell'area di competenza del servizio, che andrà rapportato al numero di pazienti realmente contattati.

Ringraziamenti

Si ringraziano Roberto Pirastu, Emanuela Trogu, Giuseppe Scuderi, Bernardo Grande e Antonio Iannaccone del Progetto POS2 SECEDAS-Ministero della Sanità per gli utili consigli.

Bibliografia

1. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drugs misuse. Update. London HMSO, 1993
2. AAVV. HIV Epidemiology. A cura di Nicolosi A. Raven Press, 1994.
3. Des Jarlais DC, Feiedman SR, Choopanya K et al. International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users , AIDS 1992;6:1053-68.
4. AAVV. AIDS and intravenous drug use. A cura di Leukefeld CG et al., Hemisphere Publishing Corporation, NY-USA1990.
5. Des Jarlais DC, Friedman SR, Hopkins W. Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. Ann. Intern. Med. 1985; 103: 755-9.
6. Gershon R, Curbow B, Vlahov D, Celentano DD, Saah AJ. Low compliance with universal precautions among hospital employees despite high perceived risk. Int. Conf. AIDS 7 PG 434, abstract n° W.D. 4187.
7. Santana RT, Monzon O, Hearst N, Mandel J, Hall T. A randomized controlled intervention trial to improved AIDS-related attitudes and professional competence of health care workers in Metro Manila Hospitals. Int. Conf. AIDS 7 PG 430, abstract n° W.D. 4169.
8. Carwein V, Berry D. AIDS education in rurals hospitals in the Western United States. Int. Conf. AIDS 7 PG 430, abstract n° W.D. 4170.
9. Lair Guerra de Macedo R, Vechi DP, Moreira MD. Knowledge, attitudes and infection control practices as predictors of HIV/AIDS avoidance and discrimination in providing medical care for patients at the University of Brasilia Teaching Hospital. Int. Conf. AIDS 7 PG 429, abstract n° W.D.4165.
10. Lapierre S, Jourdan-Ionescu C. Evaluation of a program designed to improve empathy of health care students toward AIDS patients. Int. Conf. AIDS 7 PG 426, abstract n° W.D. 4155.
11. Zofnass J, O'Dowd MA, Adachi N Biderman D, Mc Kegney FP. Changes in nurses' attitudes, knowledge and self reported behavior with AIDS patients (1985-90). Int. Conf. AIDS 7 PG 282, abstract n° W.B. 2403.
12. Campbell S, Collier P, Henry K. Improvments in AIDS-related knowledge, attitudes and behaviors of nurses and physicians: a three-year longitudinals analysis. Int. Conf. AIDS 7 PG 83, abstract n° Th. D. 105.
13. Dworkin J. A systems approach to AIDS education for medical and psycosocial care professional. Int. Conf. AIDS 7 PG 83, abstract n° Th. D. 107.
14. Elford J, Bor R, Cockcroft A. Teaching medical students to examine their own preconceptions about HIV/AIDS. Int. Conf. AIDS 7 PG 430, abstract n° W.D. 4168.
15. Roumeliotou A, Kornarou E, Papaevangelou V, Spiropoulou P, Ktenas E, Stergiou G, Papaevangelou G. Knowledge, attitudes and practices of Greek Health Care Workers in relation to AIDS. Int. Conf. AIDS 7 PG 427, abstract n° W.D. 4157.
16. Lauria LM, Vieira MAMS, Werneck E et al. Knowledge, attitudes and practices about HIV infection and AIDS among health care workers in Rio de Janeiro, Brasil. Int. Conf. AIDS 7 PG 427, abstract n° W.D. 4158.
17. Gillette PMD, Sogolow ED, Wilets I et al. Behavior change in health care professionals: change in providers' HIV practices 6 months post-education. Int. Conf. AIDS 7 PG 417, abstract n° W.D. 4117.
18. Pradier Ch, Carles M, Durant J, Bonifassi L et al. Attitudes of general and specialists practitioners regarding HIV infection in Southern France. Int. Conf. AIDS 7 PG 399, abstract n°

- W.D. 4047.
19. Serpelloni G et al. Tossicodipendenze ed infezione da HIV. Manuale per la formazione degli operatori. Ministero della Sanità 1990.
 20. Cooper JR. Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome JAMA 1989; 262: 1664-68.
 21. Dole VP. Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic. JAMA 1989; 262: 1681-82.
 22. Serpelloni G. Prevenzione dell'infezione da HIV ed educazione sanitaria nei tossicodipendenti: strategie e metodi. Relazione per la Commissione Nazionale AIDS. Ministero della Sanità, Roma aprile 1989.
 23. OMS. Rapporto sui lavori del convegno su "L'infezione da HIV e le strategie di intervento concernenti le iniezioni di droghe". Ginevra 18-20 gennaio, 1988. Boll. Farm. e Alc. 1990; 1: 49-62.
 24. Greco D, Filibeck U, Monzali C, Salmaso S. La politica nazionale per la lotta contro l'AIDS in Italia. Simposio OMS Mosca, 14-17 marzo 1989. Boll. Farm. e Alc. 1989; 1: 183-190.
 25. National Institute on Drug Abuse - USA. Rapporto sull'efficacia del trattamento della Tossicodipendenza come strategia di prevenzione dell'AIDS. Boll. Farm. e Alc. 1990; 1: 147-153.
 26. Battjes RJ, Leukefeld CG, Pickens RW, Haverkos HW. La sindrome da immunodeficienza acquisita ed abuso e.v. di droga. Boll. Farm. e Alc. 1990; 1: 157-172.
 27. Serpelloni G, Parolin A, Morgante S et al. AIDS ed infezione da HIV. Consiglio Nazionale delle Ricerche. Job edizioni scientifiche 1988.
 28. OMS. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, n° 6 anno XII - 1989 Serie Inter. vol. II.
 29. Mulleady G, Green J. Syringe sharing among London drug abusers. Lancet 1985; 2: 1425.
 30. AA. VV. AIDS and intravenous drug use. Br. Med. J. 1987; 294: 571-2.
 31. Brett RP. Epidemic of AIDS related virus infection among intravenous drug abusers. Br. Med. J. 1986; 292: 1671.
 32. Goldberg DJ. AIDS and intravenous drug use. Br. Med. J. 1987; 294: 906.
 33. Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. N Engl J Med. 1989; 321: 874-9.
 34. Medical Working Group on Drug Dependence. Guidelines of good clinical practice in the management of drug use. London: DoH, 1992
 35. AAVV. State methadone treatment guidelines. Center for substance abuse treatment. A cura di Parrino MW. U.S. Department of health and human services. 1993.
 36. Moss AR. AIDS e tossicodipendenza: la vera epidemia eterosessuale. Br. Med. J. Ed. Italiana 1987; 7: 16-19.
 37. Greenwood J. Creating a new drug service in Edinburgh. BMJ 1990; 300: 587-9
 38. AAVV. La riduzione del danno. A cura di PA O'Hare et al., Edizioni Gruppo Abele, 1994.
 39. Lowinson JH et al (a cura di). Substance Abuse: a comprehensive textbook (second edition). Williams and Wilkins - 1992
 40. BIBLIO GHJ - Bauer LO. Psychobiology of craving. in Substance abuse: a comprehensive textbook (second edition). Williams & Wilkins, 1992.
 41. Dole VP. Hazards of process regulations. The example of methadone maintenance. JAMA, 267:16, 1992
 42. AAVV. Infections in intravenous drug abusers. A cura di Levine DP et al., Oxford University Press, 1991.
 43. Cherubin CE, Sapira JD. The medical complications of drug addiction and the medical assessment of the intravenous drug user: 25 years later. Ann Intern Med 1993; 119: 1017-28.
 44. Chapple PA et al. A five year follow up of 108 cases of opiate addiction. 1. General findings and a suggested method of staging. BJA 1972; 67: 33-8.

45. Patrick G. O'Connor et al.. Medical care for injection-drug user with human immunodeficiency virus infection. *The New England Journal of Medicine* - 1994
46. McLellan AT, O'Brien CP et al. Matching substance abuse patient to appropriate treatments: a conceptual and methodological approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 5:189-195, 1980
47. Melamed BG, Siegel LJ. *Medicina comportamentale*. Raffaello Cortina Editore. 1983.
48. Di Clemente C. Gli stadi del cambiamento: approccio tranteoritico alla dipendenza. Relazione al convegno "Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze" Genova 1994
49. Catalano RF et al. Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of Addictions*, 25:1085-1140, 1990-91.
50. Douglass FM, Khavary KA. The drug use index: A measure of the extent of polydrug usage. *International Journal of the addictions*, 13:981-983,1978
51. Kandel DB, Faust R. Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch. Gen. psychiat.* 32:1975
52. McLellan AT, Luborsky L et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *Journal of nervous and mental disease*, 169:26-33, 1980
53. Robertson JR et al. Deaths, HIV infections, abstinence, and other outcomes in a cohort of IDU followed up for 10 years. *BMJ*, 309:369-372,1994
54. AAVV. *Droga e tossicodipendenze*. A cura di Avico U. CLAS Internatinal 1992.
55. McLellan AT, Luborsky L et al. Is treatment for substance abuse effective? *Journal of the American Medical Association*, 247:1423-28, 1982
56. Davoli M. L'efficacia degli interventi sulle tossicodipendenze. *Epid Prev* 1994;18: 94-97.
57. AAVV. Atti del convegno: "Stop droga: Verso una prevenzione scientificamente orientata". A cura di Bruno F et al., UNICRI1990.
58. Klingemann H. The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *Int. J. Drug Alcohol Dependence*, 1, 277-285, 1992.
59. D.O. Prochaska & C.C. Di Clementi; Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change- *J Cons. Clin, Psychol.*, 51, 390-395,1983.
60. Cummings C., Gordon J., Mariatt J.A. - Relapse: prevention and prediction - In: Millar W.R. (Ed). - *The addictive behaviours* - Pergamon, New York, 1980.
61. Marlatt G.A. & Gordon J.R. - Relapse prevention: maintenance strategies in to treatment of addictive behaviours - Guilford Press, New York, 1985.