INDICAZIONI PRATICHE PER CONOSCERE E GESTIRE LA DIPENDENZA DA OPPIACEI

CON IL PATROCINIO DI

CARD Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

CITTADINANZATTIVA

CLAD Centro Lotta alle Dipendenze ONLUS

federfarma

FeDerSerD Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze

FICT Federazione Italiana Comunità Terapeutiche

INTERCEAR coordinamento enti ausiliari regionali

SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Società Italiana di Psichiatria

S.I.PaD. Società Italiana Psicologi da Dipendenze

SITD Società Italiana Tossicodipendenze

edra

Copyright © 2024 by EDRA S.p.A.
EDRA S.p.A.
Via G. Spadolini 7
20141 Milano, Italia
Tel. 02 88184.1
Fax 02 88184.302

Ludovico Baldessin
Amministratore delegato

Susanna Garofalo
Project Director

Rocco Ciracì
Editorial Project Manager

Pubblicato nel mese di marzo 2024

Pubblicazione realizzata con il contributo incondizionato di Molteni Farmaceutici

Fuori commercio
La medicina è una scienza in perenne divenire. Nelle nozioni esposte in questo volume si riflette lo “stato dell’arte”, come poteva essere delineato al momento della stesura in base ai dati desumibili dalla letteratura internazionale più autorevole. È soprattutto in materia di terapia che si determinano i mutamenti più rapidi: sia per l’avvento di farmaci e di procedimenti nuovi, sia per il modificarsi, in rapporto alle esperienze maturate, degli orientamenti sulle circostanze e sulle modalità d’impiego di quelli già in uso da tempo. Gli Autori, l’Editore e quanti altri hanno avuto una qualche parte nella stesura o nella pubblicazione del volume non possono essere ritenuti in ogni caso responsabili degli errori concettuali dipendenti dall’evolversi del pensiero clinico; e neppure di quelli materiali di stampa in cui possano essere incorsi, nonostante tutto l’impegno dedicato a evitarli. Il lettore che si appresti ad applicare qualcuna delle nozioni terapeutiche riportate deve dunque verificarne sempre l’attualità e l’esattezza, ricorrendo a fonti competenti e controllando direttamente sul riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato ai singoli farmaci tutte le informazioni relative alle indicazioni cliniche, alle controindicazioni, agli effetti collaterali e specialmente alla posologia.

INDICAZIONI PRATICHE PER CONOSCERE E GESTIRE LA DIPENDENZA DA OPPIACEI

BOARD SCIENTIFICO

Roberta Balestra – Direttrice Area dipartimentale dipendenze dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI); Presidente Nazionale FeDerSerD

Andrea Cicconetti – Farmacista; Presidente Federfarma Roma

Augusto Consoli – Neuropsichiatra infantile; Presidente nazionale SITD (Società Italiana Tossicodipendenze)

Fabio Cruccu – Project Manager; Scuola di Cittadinanzattiva

Sergio De Filippis – Direttore sanitario e scientifico Clinica Neuropsichiatrica Villa Von Siebenthal, Genzano di Roma; Docente di Psichiatria delle Dipendenze

Guido Faillace – Psichiatra; Presidente nazionale FeDerSerD †

Diego Maria Michele Fornasari – Farmacologo; Università degli studi di Milano

Claudio Leonardi – Tossicologo; Direttore Dipartimento Tutela delle Fragilità ASL Roma 2; Presidente nazionale SIPaD (Società Italiana Patologie da Dipendenza)

Alfio Lucchini – Psichiatra; Past president FeDerSerD; Direttore CeRCo – Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze, Milano

Fabio Lugoboni – Internista; Responsabile UO Medicina delle Dipendenze, Policlinico di Verona; Vicedirettore ISSUP Chapter Italy

Lilia Nuzzolo – Psicologa, Psicoterapeuta; Direttore Dipartimento Dipendenze, ASL Caserta, FeDerSerD Campania

Marco Riglietta – Direttore SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; Presidente FeDerSerD Lombardia

Nicola Rizzardi - Medico Internista, ASST Bergamo est, Dirigente Medico SC Ser.D., Lovere (Bergamo)

Alessandro Rossi – Medico di Medicina Generale, Membro SIMG, Responsabile Nazionale Area Dipendenze

Biagio Sciortino – Presidente Nazionale Intercear; Rappresentante comunità terapeutiche

Pietro Scurti – Psicologo Psicoterapeuta, Referente dipartimentale per la cura la ricerca e la riabilitazione, ASL Napoli 2 Nord; Ser.D. Casavatore

Monica Vanni – Direttore Sanitario ASL Napoli 2 Nord

SOMMARIO

INTRODUZIONE **5**

CAPITOLO 1 - CONSUMO E DIPENDENZA **7**

1.1 Introduzione 7

1.2 Consumo occasionale, uso problematico e dipendenza 9

1.3 Compromissione neurobiologica 11

1.4 I consumi nelle diverse fasce di età 13

1.4.1 Gli Adolescenti 14

1.4.2 La popolazione adulta 15

1.5 Effetti da uso acuto di oppiacei 17

1.6 Effetti da uso cronico di oppiacei 19

CAPITOLO 2 - IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA **21**

2.1 Aspetti psicologici del paziente 21

2.1.1 Il meccanismo/funzione della sfida 21

2.1.2 La dipendenza come auto-affermazione 22

2.1.3 La dipendenza come “soluzione” al disagio esistenziale 23

2.2 Qualità della vita quotidiana 23

2.3 Esigenze del paziente con problemi di dipendenza 24

2.4 Le comunità terapeutiche: percorsi di cura e supporto alle famiglie 27

2.4.1 Percorsi di cura per il paziente 28

2.4.2 Supporto alle famiglie 29

CAPITOLO 3 - LA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI **29**
3.1 Il ruolo del medico di medicina generale 29
3.2 Il ruolo dello specialista 32
3.3 Il ruolo del farmacista 33
3.4 Il Ser.D.: servizi, strutture territoriali, organizzazione 34
3.5 Il supporto alla famiglia 37
3.5.1 A chi rivolgersi? 37
3.5.2 Come comportarsi con un familiare che soffre di dipendenza? 37

CAPITOLO 4 - PERCORSI DI CURA E DI SOSTEGNO **39**
4.1 Offerta della consultazione 39
4.2 Tipologia di pazienti e offerta di servizi e farmaci 40
4.3 Supporto al paziente e intensità dell'intervento: dal supporto psicologico al supporto farmacologico 41
4.3.1 Trattamenti con farmaci 42
4.3.2 Psicoterapia 44

DIRITTI NATURALI DI UOMINI E DONNE DIPENDENTI DA USO DI SOSTANZE (AUSPICABILI) **46**

BIBLIOGRAFIA **47**

INTRODUZIONE

Il presente fascicolo forma parte di **una campagna di sensibilizzazione rivolta alla cittadinanza sul problema della dipendenza da sostanze psicoattive nella sua dimensione di malattia cronico-recidivante**. Il testo si propone come strumento per educare la popolazione sul tema della dipendenza; divulgare una corretta informazione contro lo stigma riducendo di conseguenza la discriminazione che colpisce i pazienti; promuovere la conoscenza dei servizi e percorsi di cura esistenti in Italia favorendone l'accesso da parte del paziente e dei suoi familiari.

Da qui il titolo e la grafica scelti per la campagna: **mettendo in scena in modo iconico l'atto del giudizio, attraverso un dito puntato, si allude alla stigmatizzazione che colpisce le persone con dipendenza. Il dito puntato è però anche un dito che indica la direzione di un percorso: un percorso di conoscenza e consapevolezza sulle dipendenze, ma anche un percorso di cura per coloro che ne soffrono**. Obiettivo della campagna è rendere «indipendenti» dall'attività giudicante a favore di una corretta informazione.

Centrale risulta **il concetto della dipendenza come patologia cronica, recidivante e curabile**, offrendo una diversa narrativa della dipendenza (spesso interpretata come "comportamento vizioso") definendo il problema da un punto di vista medico, fondamentale per comprendere i meccanismi patologici, la presa in carico del paziente e i percorsi di cura disponibili.

I contenuti del manuale sono stati sviluppati a partire dagli spunti offerti da una survey a cui hanno risposto 1.012 cittadini sia consumatori di sostanze psicoattive che non consumatori. Dalla survey è emersa in maniera consistente la necessità di maggiori informazioni rispetto ai problemi legati al consumo di sostanze e di attività di divulgazione sul problema delle dipendenze in generale, sui danni a lungo termine e sull'impatto sulla qualità della vita. A questo si affianca ancora una non completa conoscenza dei servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, evidenziando pertanto la necessità di offrire maggiori informazioni sull'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) e sull'offerta terapeutica esistente.

Il fascicolo è strutturato in quattro capitoli: i primi due vanno a trattare il problema della dipendenza come patologia cronica recidivante, andando a spiegare la tematica da un punto di vista neurobiologico e a descrivere l'impatto psicosociale della dipendenza per il paziente e i suoi familiari. Il terzo ed il quarto capitolo rispondono a domande pratiche sui processi di presa in carico e di cura, cercando di delineare i percorsi più appropriati per il paziente e per i suoi familiari, identificare le figure di riferimento e ridefinire il ruolo del Ser.D. per superare le barriere oggi presenti nell'immaginario comune: i servizi offerti sono gratuiti, non discriminanti, offrono libertà di accesso, confidenzialità dei dati e garanzia di privacy per l'utente.

CAPITOLO 1

CONSUMO E DIPENDENZA

1.1 INTRODUZIONE

L'utilizzo di sostanze psicoattive è un problema di salute globale, con un mercato sempre crescente sia di nuove sostanze che di nuovi consumatori. Nei paesi dell'Unione Europea, Norvegia e Turchia, circa 83,4 milioni di persone tra i 15 e 64 anni (pari al 29% della popolazione) hanno utilizzato sostanze psicoattive e, nel 2021, la cannabis è stata assunta da 22 milioni di consumatori: di questi, la maggior parte (71%) è rappresentata da giovani tra i 15 e i 34 anni.

Rispetto ad altre sostanze, i dati europei mostrano una bassa prevalenza del consumo di oppiacei, pari a circa 1 milioni di utilizzatori; tuttavia, **gli oppiacei continuano ad essere i principali responsabili dei danni attribuiti al consumo di sostanze stupefacenti, o illecite in Italia e la principale causa di overdose mortali**. Inoltre, il consumo di oppiacei, principalmente di eroina, è stato nel 2020 il motivo principale per sottoporsi a trattamento specialistico, coprendo circa il 28% di tutte le richieste di trattamento.

CONSUMATORI DI SOSTANZE PSICOATTIVE IN EUROPA ANNO 2021; ADULTI (15-64 ANNI)

Fonte dati: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022), *Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

STIME DEL CONSUMO DI CANNABIS NELL'UNIONE EUROPEA

Adulti (15-64 anni)

Consumo nell'ultimo anno

22,2 milioni

7,7 %

Consumo nell'arco della vita

78,6 milioni

27,3 %

Giovani adulti (15-34 anni)

Consumo nell'ultimo anno

15,8 milioni

15,5%

Stime nazionali di consumo dell'ultimo anno

Fonte: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022), Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

STIME DEL CONSUMO DI OPPIACEI NELL'UNIONE EUROPEA

Consumo ad alto rischio di oppiacei

1,0 milioni

514 000

Consumatori di oppiacei sono stati sottoposti a trattamento con agonista nel 2020

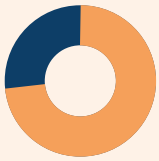
Richieste di trattamento della tossicodipendenza

Principale sostanza stupefacente nel 28% circa di tutte le richieste di trattamento della tossicodipendenza nell'Unione Europea

28%

Casi di overdose mortali

Gli oppiacei sono stati rinvenuti nel 74% dei decessi per overdose



74%

Fonte: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022), Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

I dati italiani relativi al 2022 rispecchiano la tendenza europea: è stato evidenziato un aumento dei consumi di sostanze psicoattive non solo nella fascia 18-64 anni ma anche, in modo preoccupante, nella fascia d'età dai 15 ai 19 anni, con un aumento rilevante per quanto riguarda l'uso di cannabinoidi sintetici, cocaina, psicofarmaci e nuove sostanze psicoattive (NPS).

Risulta stabile l'uso di eroina, che rappresenta la sostanza con maggior impatto a livello sanitario in quanto principale sostanza di consumo tra gli utenti in trattamento ai servizi pubblici per le dipendenze e responsabile del 50% dei decessi per overdose registrati in Italia. Particolare attenzione viene posta agli antidolorifici oppiacei, il cui consumo senza prescrizione rappresenta un problema emergente di sanità pubblica.

Il presente fascicolo si focalizzerà sulla **dipendenza da oppiacei**, andando ad affrontare l'impatto clinico del loro consumo, le implicazioni psicologiche per il paziente e le famiglie e le prospettive di cura e presa in carico offerte dai vari professionisti sanitari e coordinate dai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

1.2 CONSUMO OCCASIONALE, USO PROBLEMATICO E DIPENDENZA

In genere quando si parla di consumo di sostanze si confondono termini che attendono alla **frequenza del comportamento (occasionale, frequente, quotidiano) con la presenza o meno di un problema (consumo, consumo problematico, dipendenza)**.

La differenziazione fra queste tre condizioni risulta particolarmente comprensibile se si parla di sostane psicoattive che appartengono alla nostra cultura: è immediatamente percepibile, infatti, che se si parla di alcol tutti hanno presente l'ampia gamma di situazioni e di rapporti che le persone hanno con l'alcol: astemio (*non bevo in nessuna occasione*), consumo sporadico (*bevo un bicchiere di spumante a capodanno o al compleanno di una cara amica*), consumo occasionale (*consumo una birra quando esco a mangiare la pizza*), consumo regolare (*bevo 1-2 bicchieri di vino a cena*). Se invece si parla di sostanze che non appartengono alla cultura o che addirittura sono considerate illegali, il consumo viene assimilato alla patologia ed è così che milioni di consumatori di sostanze psicoattive sono considerati tossicodipendenti anche se hanno un consumo sporadico o del tutto occasionale di sostanze.

Tuttavia, per differenziare le tre condizioni a cui fa riferimento il titolo di questo paragrafo, si possono distinguere tre fasi attraverso le quali un uso di sostanza può portare a una dipendenza patologica.

Nel 2013, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), che rappresenta il principale strumento clinico per la diagnosi dei disturbi mentali e psicopatologici, ha sostituito le categorie *"abuso di sostanze"* e *"dipendenza da sostanze"* con un'unica categoria **"Disturbo da Uso di Sostanze"** (DUS) e introdotto tre sotto-classificazioni (lieve, moderato e grave) per determinarne la gravità. Secondo il DSM-5, il Disturbo da Uso di Sostanze rappresenta *"un pattern problematico di uso della sostanza che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi"*. Si va quindi a riconoscere la dipendenza alla stregua di altre malattie mentali, come ansia (di cui soffre circa il 5% della popolazione italiana) e depressione (con una prevalenza di circa il 6% tra i 18-69 anni), andando a riconoscerne

CONSUMO OCCASIONALE

Con il termine "consumo occasionale di droghe" si intende l'uso sporadico o non regolare di sostanze psicoattive, come droghe illegali o farmaci non prescritti, senza che ci sia una dipendenza o un consumo problematico.

Questo tipo di consumo è caratterizzato dalla partecipazione a episodi isolati o occasionali piuttosto che da un modello costante di assunzione di sostanze.

Tuttavia, è importante sottolineare che il consumo occasionale di droghe non è assolutamente privo di rischi, soprattutto nei soggetti vulnerabili. Qualsiasi assunzione di droghe comporta potenziali rischi per la salute, la sicurezza e il benessere e le persone coinvolte dovrebbero essere rese consapevoli di tali rischi.

CONSUMO PROBLEMATICO

Il termine "consumo problematico di droghe" si riferisce a un modello di consumo di sostanze psicoattive che comporta rischi significativi per la salute fisica, mentale o sociale dell'individuo. Questo tipo di consumo va oltre l'uso occasionale o sociale e indica un'assunzione di droghe che può avere conseguenze negative o dannose per la persona coinvolta e che confluisce inesorabilmente, senza soluzione di continuitá, verso una condizione di dipendenza complessa o addiction.

È importante notare che il consumo problematico di droghe può variare in intensità e gravità da individuo a individuo. La valutazione professionale eseguita da una equipe multidisciplinare di un Ser.D., è essenziale per determinare la natura e la gravità del problema e pianificare un intervento appropriato.

DIPENDENZA (ADDICTION)

La dipendenza (in inglese "Addiction" - da *abducere* = rendere schiavo), si verifica quando il consumo di una sostanza assume caratteristiche molto specifiche e riassumibili in:

- Modifica del pattern d'uso con perdita del controllo sulla sostanza
- Comparsa di *craving*, ossia desiderio compulsivo e incontrollabile di assumere la sostanza, e conseguente ricerca continua della sostanza stessa. Si viene a creare la cosiddetta situazione di schiavitù nei confronti dell'uso: la sostanza diventa fulcro della vita dell'individuo e il soggetto la desidera sopra qualsiasi altra cosa
- Compromissione sociale

I cambiamenti nella funzionalità e nell'architettura del cervello sono stabili e molto difficili a questo punto da modificare. Questa fase coincide con la dipendenza patologica da sostanze.

quindi le caratteristiche di malattia complessa, cronico-recidivante e curabile.

Per poter formulare una diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze, devono essere presenti almeno 2 dei seguenti 11 sintomi, manifestandosi in un arco temporale di 12 mesi:

1. **Tolleranza**, ovvero la necessità di quantità sempre maggiori della sostanza per ottenere l'effetto desiderato.
2. **Astinenza**, ovvero la presenza di sintomi fisici ed emotivi che compaiono quando la persona non usa la sostanza.
3. **Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte** a causa dell'uso della sostanza.
4. **Sforzi ripetuti,** ma infruttuosi, per ridurre o smettere.
5. **Dispendio di tempo** per le attività necessarie per ottenere la sostanza, utilizzare la sostanza o riprendersi dai suoi effetti.
6. **Perdita di controllo sull'uso**: l'uso della sostanza tende a verificarsi nonostante le conseguenze negative che ha apportato sulla persona e sulla conduzione della sua vita.
7. **Uso continuativo nonostante la consapevolezza che la droga rappresenti un problema**. Sebbene molti pazienti siano consapevoli dei rischi sulla loro salute fisica, psicologica, sulle relazioni familiari e sociali, non riescono a smettere.
8. **Uso continuativo con incapacità a svolgere le proprie attività**. A causa dell'assunzione di sostanze, molti pazienti, in base alla fascia d'età, interrompono gli studi, perdono il lavoro, oppure divengono incapaci ad assolvere i loro compiti familiari o genitoriali.
9. **Uso continuativo della sostanza anche in situazioni rischio**. Spesso, le persone che fanno uso di sostanze arrivano a utilizzarle anche in situazioni rischiose, come mettersi alla guida o quando si devono svolgere compiti di precisione.
10. **Uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali**. L'uso della sostanza diventa prevalente su qualsiasi altra attività.
11. ***Craving***: desiderio improrogabile della sostanza.

Le leggi e le normative relative al consumo di droghe variano notevolmente da paese a paese, e ciò che potrebbe essere considerato legale o accettabile in un luogo potrebbe non esserlo altrove. Inoltre, le opinioni sulla questione possono variare in base a fattori culturali, sociali e personali.

1.3 COMPROMISSIONE NEUROBIOLOGICA

Ci sono aspetti differenti che riguardano il problema dell'uso delle sostanze psicoattive, di natura medica, farmacologica, sociale, legale, economica. Tuttavia, il meccanismo neurobiologico alla base della dipendenza è fondamentale per

comprendere appieno cosa succede alla persona che assume sostanze e quali sono le conseguenze che ne derivano.

Le sostanze psicoattive interagiscono con alcune strutture del Sistema Nervoso Centrale, andando a modificare meccanismi preesistenti. Nello specifico vanno ad impattare sul *"sistema di reward"*, ossia il sistema della ricompensa/gratificazione, interagendo con la parte del cervello correlata alla produzione delle sensazioni del piacere. **Da un punto di vista neurofarmacologico tutte le sostanze psicoattive, senza differenza tra droghe leggere e pesanti, hanno lo stesso impatto sulle strutture del cervello, anche se a livelli diversi**.

IL SISTEMA DELLA RICOMPENSA

Il meccanismo della ricompensa, presente nel cervello di tutti i mammiferi e vertebrati, viene normalmente attivato quando si fanno delle esperienze che in qualche maniera devono essere ricordate nel corso della vita, principalmente per garantire il mantenimento dell'individuo e della specie. Tali esperienze vengono collegate ad una sensazione di piacere. **La correlazione tra esperienze gratificanti e percezione e ricordo del piacere avviene attraverso la liberazione di dopamina a livello neuronale**. Quindi tutte le volte che si fa una esperienza gratificante si ha passaggio di dopamina. La dopamina, chiamata in passato la molecola del piacere, è un sincronizzatore, e tutte le volte che si libera dopamina a seguito di un'esperienza che provoca piacere si memorizza e sincronizza l'esperienza in modo che sia ripetuta in futuro.

Quali sono le esperienze considerate i "gratificanti naturali"?

- Mangiare e bere (la specie deve mantenersi)
- Sesso (necessario per riproduzione della specie)
- Allattamento (la madre deve prendersi cura della prole)
- Socializzazione (l'uomo è un animale sociale)
- Successo e vittoria

Il gratificante naturale agisce in maniera mediata sul meccanismo della ricompensa, con il coinvolgimento di altre aree cerebrali e con l'attivazione di un sistema di controllo *(anti-reward)* per evitare comportamenti ossessivo-compulsivi. Quindi, quando si assume il gratificante naturale si ha un effetto neurobiologico, un conseguente rilascio di dopamina ed una più o meno intensa gratificazione, ma in caso di persistenza del comportamento si attiva un sistema di controllo che riduce o estingue la sensazione di piacere e questo può portare la persona a smettere quel comportamento, almeno in un certo intervallo di tempo.

Anche tutte le sostanze psicoattive agiscono da gratificanti chimici sul sistema della ricompensa, a livelli diversi, causando però una perturbazione del circuito stesso: **il gratificante chimico agisce in maniera immediata su questo circuito, provocando**

un grande piacere all'inizio, ma anche una inibizione del sistema di controllo. Quindi il sistema non si autoregola e l'unico piacere, o il piacere prevalente che rimane, è quello per la sostanza.

Perché avviene questa alterazione del sistema della ricompensa?

Quello che succede è una vera e chiara modificazione del sistema della ricompensa e del suo ruolo nell'ambito del sistema motivazionale. Una parte del cervello è usata per dare risposte all'ambiente e per prendere decisioni. C'è quindi un complesso sistema motivazionale, di cui sicuramente fa parte anche il centro della gratificazione, ma in un contesto di controllo e di misura. **Nel cervello di una persona dipendente, i circuiti sono profondamente alterati**.

Il cervello non dipendente dice: *mi piace e ne ho memoria, ma se dovessi smettere posso farlo perché si attivano i meccanismi inibitori del cervello.*

Il cervello dipendente continua ad assumere la sostanza che ha sovvertito tutti i sistemi fisiologici. Il segnale della ricompensa e memoria sono forti, il pensiero è intrusivo e il sistema di controllo non funziona.

Inoltre, con il tempo il comportamento della persona dipendente si modifica. Dopo una prima fase, il piacere legato all'assunzione del gratificante chimico (misurato anche come rilascio di dopamina) è minimo, però in assenza della sostanza i meccanismi di controllo si attivano in maniera evidente. Come risultato, **la persona dipendente continua ad assumere la sostanza non solo perché sta provando piacere, ma per evitare di provare disforia, depressione, dolore, per non soffrire**.

Questo meccanismo è il risultato di un fenomeno indotto dalle sostanze psicoattive noto come **plasticità neuronale**.

Le modificazioni neuro-plastiche da sostanze sono modificazioni di lunga durata (anni) e il circuito rimane perturbato nel tempo, pertanto il soggetto che ha sviluppato dipendenza è molto vulnerabile. Inoltre, nella persona dipendente rimane la memoria, quindi nel momento in cui il soggetto vede una sostanza, si possono attivare automaticamente le parti del cervello in cui la sostanza stessa andrebbe ad agire.

1.4 I CONSUMI NELLE DIVERSE FASCE DI ETÀ

Nel 2022 i Ser.D. in Italia hanno assistito complessivamente 129.259 soggetti dipendenti. I pazienti in trattamento sono **prevalentemente di genere maschile (rapporto femmina:maschio di 1:6) con età compresa tra i 35 e i 54 anni. Tra i nuovi utenti le età più rappresentate sono quelle tra i 20 e i 44 anni.** La maggior parte degli utilizzatori di sostanze ha fissa dimora (62.1%), un livello di istruzione secondario (72,9%) ed un lavoro (34%).

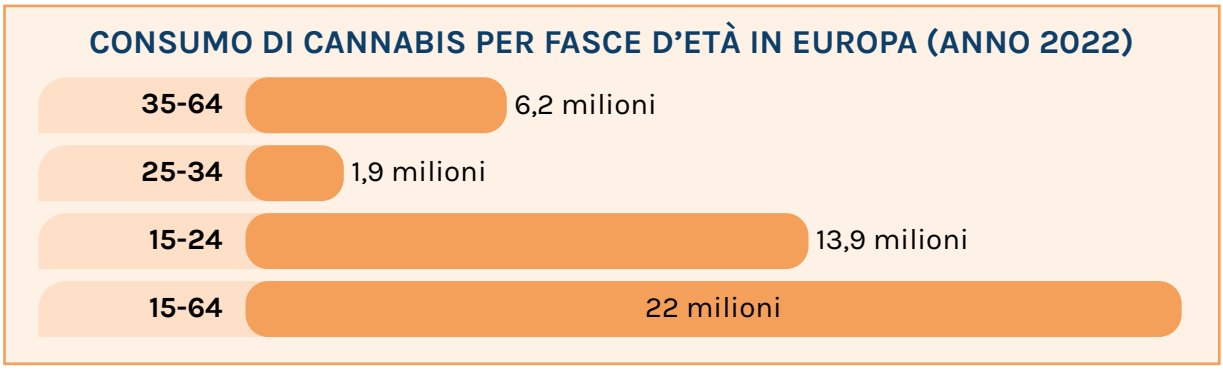
Il 63% dei pazienti in trattamento si è rivolto ai Ser.D. per uso primario di oppiacei; l'accesso ai servizi per uso primario di cannabis riguarda circa il 24,8 % dei nuovi utenti.

1.4.1 Gli adolescenti

L'assunzione di sostanze psicoattive durante l'infanzia e l'adolescenza può avere un impatto a lungo termine sulla salute e sul benessere della persona. Infatti, **le sostanze psicoattive hanno un impatto importante sul sistema nervoso centrale e più la persona è giovane più hanno effetto incisivo e problematico a causa della fisiologia stessa del cervello**. In particolare, negli adolescenti la corteccia prefrontale, sede dei meccanismi "autoregolatori" del comportamento, ha uno sviluppo progressivo e raggiunge la maturità attorno ai 20 anni. Di contro è sviluppata la regione limbica del cervello che controlla le emozioni e il comportamento impulsivo, caratterizzando la spinta degli adolescenti alla sperimentazione per adattarsi all'ambiente e rendendoli potenzialmente più esposti anche alla sperimentazione di comportamenti a rischio, inclusa l'assunzione di sostanze.

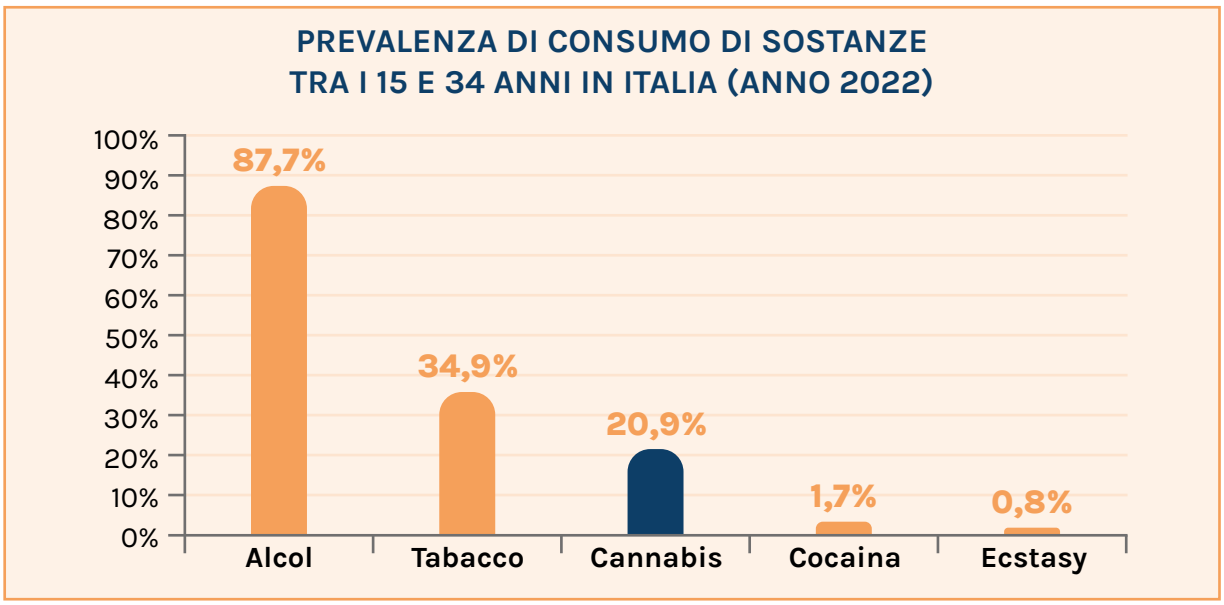
Numerosi studi hanno dimostrato come i disturbi da uso di sostanze nell'adolescente siano spesso correlati a fattori di rischio preesistenti, tra cui abusi emotivi e fisici, negligenza nell'accudimento durante l'infanzia, esperienze traumatiche, oltre che disturbi psichiatrici come schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi depressivi, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, supportando l'ipotesi che l'uso di sostanze sia spesso anche un tentativo di auto-trattamento per alleviare la sofferenza.

Su un totale di circa 22 milioni di consumatori di cannabis tra i 15 e i 64 anni (pari all'8% della popolazione europea), 13,9 milioni appartengono alla fascia di età 15-24 anni e 1,9 milioni alla fascia di età 25-34 anni.



Fonte: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022), *Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

Nel 2022 in Italia la cannabis è stata la sostanza psicoattiva più utilizzata tra gli adolescenti e i giovani adulti, dopo alcol e tabacco (15-34 anni) e la prevalenza d'uso sembra in continuo aumento. È stata osservata una correlazione tra il consumo di cannabis e le psicosi, includendo disturbi dell'umore, ansia, disturbi della personalità, disturbi psicotici e sindrome da iperattività/deficit di attenzione (ADHD), in cui la psicosi sembra essere sia una causa sia una conseguenza del consumo stesso.



Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), European Drug Report 2023: Trends and Developments. Cannabis – the current situation in Europe. www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cannabis_en#prevalence-dashboard.

Si è osservato un uso maggiore (circa doppio) di sostanze psicoattive durante l'arco della vita in persone che hanno sofferto anche di altri disturbi psichiatrici (30%) rispetto a chi non ne ha mai sofferto (17%). Negli adolescenti, la presenza di disturbi psicotici sembra influenzare l'età del primo utilizzo di cannabis.

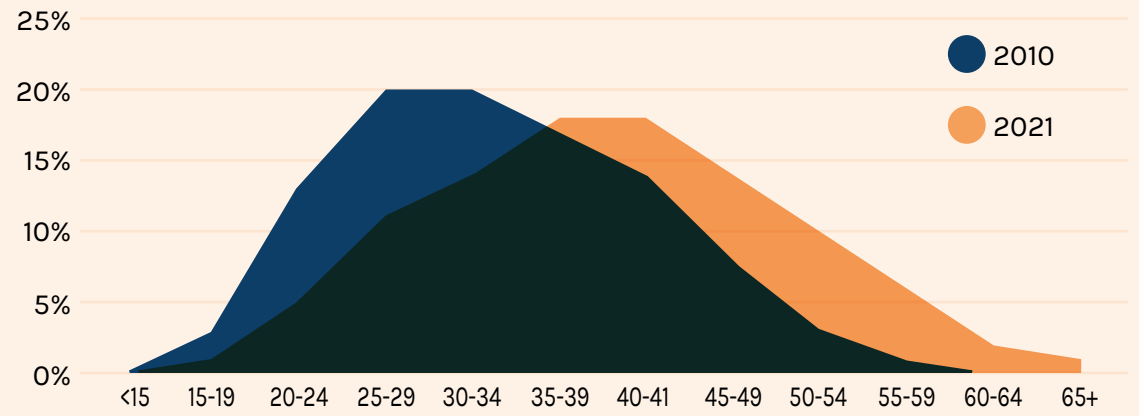
Al contrario, la comparsa di disturbi psicotici tra gli adolescenti che assumo cannabis sembra legata alla potenza della cannabis utilizzata (con un rischio 3 volte maggiore di sviluppare deliri, allucinazioni, schizofrenia in ragazzi che usano cannabis con alto contenuto di THC) e alla frequenza dell'assunzione. Un utilizzo settimanale sembra aumentare di circa il 35% il rischio di sviluppare psicosi nel corso della vita rispetto a chi non usa cannabis, e un uso quotidiano aumenta tale rischio del 75%. A questo sembrerebbe associarsi un maggior rischio di depressione e suicidio.

1.4.2 La popolazione adulta

L'utilizzo di eroina o oppiacei, che ha interessato nel 2021 circa 1 milione di persone che vivono nell'Unione Europea (pari allo 0,3% della popolazione), registra una prevalenza tra la popolazione adulta, con un incremento dell'età media dei consumatori dal 2010 (picco di consumo tra i 24 e i 34 anni) al 2021 (picco di consumo tra i 35 e i 44 anni).

I dati raccolti in Europa nel 2021 dalle persone con disturbo da uso di oppiacei che hanno beneficiato dei servizi per le dipendenze (71.000 persone, 7% del totale dei consumatori), hanno identificato una **popolazione prevalentemente maschile (82%), con un'età media all'inizio del primo trattamento di 34 anni**. Il 49% delle persone faceva un uso quotidiano di eroina; la via inalatoria e iniettabile erano le principali vie di somministrazione.

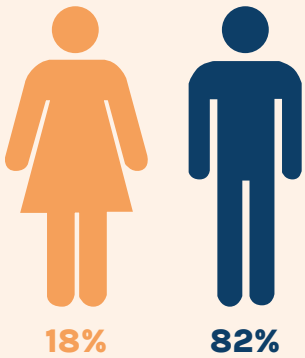
DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI CONSUMATORI DI EROINA NEL 2010 E NEL 2021



Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), European Drug Report 2023: Trends and Developments. Heroin and other opioids – the current situation in Europe. www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/heroin-and-other-opioids_en#heroin-treatment-age-figure-new.

CARATTERISTICHE DEI CONSUMATORI DI EROINA O ALTRI OPPIACEI CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

Caratteristiche

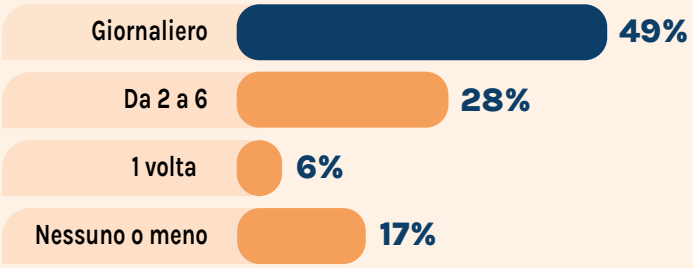


Età media al primo consumo

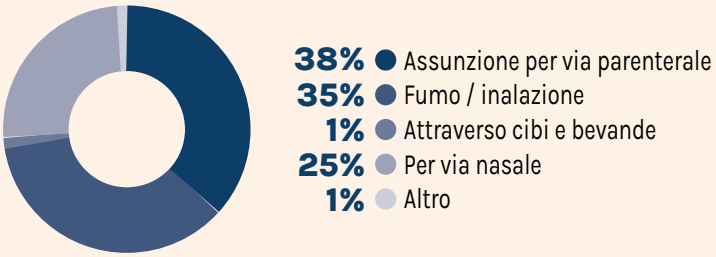
Età media all'inizio del primo trattamento

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio 5,6 giorni alla settimana



Via di somministrazione

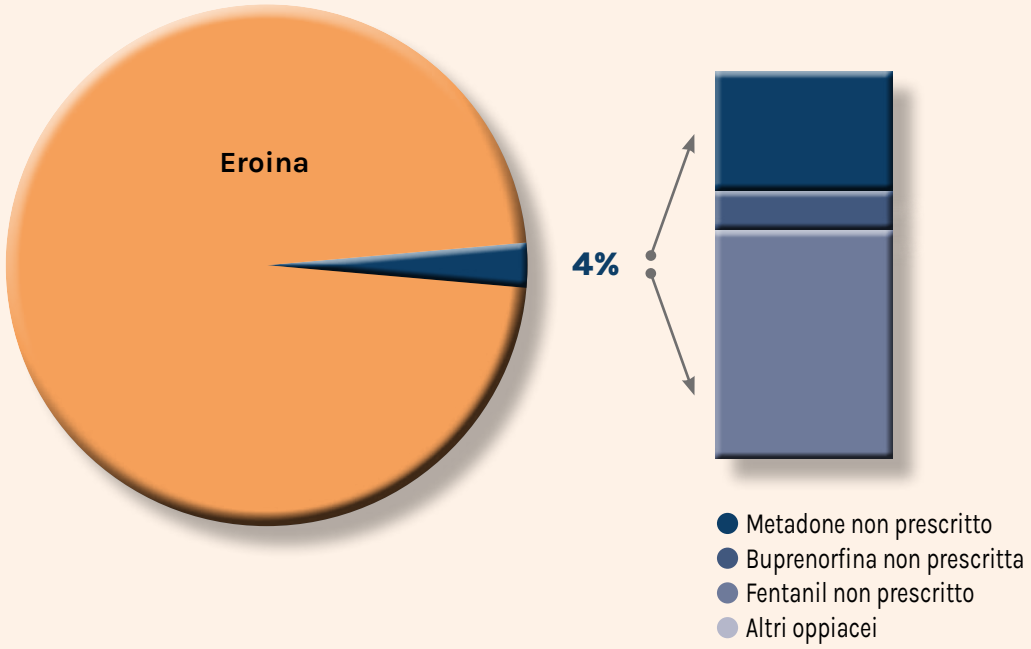


Fonte: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022), *Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OPPIACEI MAGGIORMENTE UTILIZZATI IN EUROPA	
Eroina	Morfina
Fentanile e derivati	Ossicodone
Metadone	Oppio
Buprenorfina	Codeina
	Tramadolo

Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), European Drug Report 2023: Trends and Developments. Heroin and other opioids – the current situation in Europe.

USO DI EROINA E ALTRI OPPIACEI IN ITALIA NEL 2022



Fonte: Ministero della Salute 2023. Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze, Anno 2022. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3388_allegato.pdf

1.5 EFFETTI DA USO ACUTO DI OPPIACEI

La dipendenza da oppiacei può portare a gravi **conseguenze per la salute, tra cui overdose, danni fisici, problemi mentali, rotture delle relazioni e problemi legali**.

Considerando i danni legati ad un uso acuto di oppiacei, è possibile identificare sia danni diretti (determinati dagli effetti e dai dosaggi di assunzione della so-

stanza) sia danni indiretti (causati da comportamenti imprudenti o impulsivi spesso associati al consumo della sostanza):

- danni acuti diretti: intossicazioni (overdose) potenzialmente mortali, scompensi psichici e fisici anche gravi;
- danni acuti indiretti: dovuti a comportamenti pericolosi sotto effetto di sostanze, come la guida di veicoli, litigiosità/violenza, problemi giudiziari, rapporti sessuali non protetti, infezioni.

Effetti problematici a breve termine

Tra gli effetti problematici a breve termine degli oppiacei classici (eroina, morfina) si riscontrano: sedazione, forte sonnolenza, rallentamento psicomotorio con perdita di concentrazione, deficit cognitivi, apatia, difficoltà nell'eloquio, difficoltà nella respirazione, abbassamento della pressione e del battito cardiaco, stitichezza, miosi (pupilla a spillo), nausea e vomito, colorito pallido o cianotico. Altri segni clinici comprendono l'ipotensione, l'ipotermia e l'ipoglicemia.

Overdose

In caso di overdose si ha coma, grave depressione respiratoria, contrazione della pupilla, edema polmonare, morte per depressione respiratoria.

La depressione respiratoria può verificarsi con alte dosi, può essere trattata con antidoti (es. naloxone) o con manovre d'emergenza (intubazione endotracheale e ventilazione meccanica). È fondamentale la tempestività degli interventi per evitare il rischio di morte.

La gravità dell'overdose dipende da molti **fattori di rischio**, ma è correlata principalmente a:

- grado di tolleranza del soggetto nei confronti della sostanza (minore è la tolleranza maggiore è il rischio);
- assunzione di una sostanza con una quantità superiore e inaspettata di principio attivo;
- assunzione di mix di sostanze, in quanto l'associazione può amplificare la tossicità delle singole sostanze (es. eroina più benzodiazepine o alcol);
- modalità e tipo di sostanze usate e comportamenti di protezione e autotutela;
- stato di salute del soggetto (es. febbre, infezioni in corso, epatopatie croniche);
- passaggio ad una nuova via di assunzione (ad esempio: dall'inalazione all'iniezione intravenosa);
- ripresa dell'uso di oppiacei dopo un periodo di astinenza, come in seguito a una terapia di disintossicazione, dopo un periodo in comunità terapeutica o in carcere (si perde la tolleranza e l'overdose è possibile anche ai dosaggi che venivano assunti prima della disintossicazione).

I decessi per overdose sono statisticamente più frequenti tra consumatori esperti e con un più grave livello di dipendenza.

Assunzione per via iniettabile
L'assunzione di una sostanza per via parenterale (cioè endovenosa) aumenta considerevolmente il rischio di overdose, poiché l'assorbimento è più veloce; ma anche se l'assunzione avviene con il fumo, l'inalazione o l'ingestione per via orale si può verificare un sovradosaggio, anche se il rischio è inferiore.

Ci possono essere effetti tossici causati dalle sostanze "da taglio", cioè quelle sostanze che vengono aggiunte all'oppiaceo (principio attivo), in percentuale diversa, spesso sconosciuta dal consumatore.

La via iniettabile inoltre aumenta il rischio di infezioni, principalmente HIV; epatiti; infezioni batteriche.

1.6 EFFETTI DA USO CRONICO DI OPPIACEI

Tolleranza
Il consumo prolungato di oppiacei porta allo sviluppo del fenomeno della **tolleranza, ossia della progressiva riduzione degli effetti farmacologici collegati alla somministrazione della dose abituale della sostanza stessa**. La tolleranza si sviluppa principalmente per gli effetti piacevoli, ma interessa anche gli altri effetti, quali sedazione, analgesia, depressione respiratoria, nausea, costipazione.

Nel momento in cui si instaura tale fenomeno, la persona dipendente tende ad aumentare gradualmente le dosi di sostanza assunte e a passare a vie di somministrazione più invasive (es. da inalatoria a iniettiva) per la ricerca del piacere, aumentando il rischio di overdose.

La tolleranza è un fenomeno reversibile che si riduce dopo qualche giorno di astensione dal consumo.

Tolleranza inversa
Il fenomeno della tolleranza inversa si riferisce alla **capacità di una stessa dose di sostanza di produrre effetti più marcati a seguito di una nuova assunzione**, poiché l'organismo diventa più sensibile a determinati effetti della sostanza. Tale meccanismo è tipico di un uso cronico di cocaina.

Dipendenza e astinenza
Un uso cronico di oppiacei causa **dipendenza fisica** che, in caso di sospensione nell'assunzione della sostanza, si manifesta con sintomi di **astinenza** caratteristici.

La **sindrome di astinenza** si verifica quando la persona con dipendenza, che ha un alterato equilibrio psicofisico del proprio organismo, non assume il dosaggio dell'oppiaceo abituale.

Si manifesta inizialmente con ansia e intenso desiderio della sostanza, con un aumento della frequenza respiratoria, sudorazione, sbadigli, lacrimazione, rinorrea, midriasi e crampi allo stomaco e poi da piloerezione, tremori, contrazioni muscolari, tachicardia, ipertensione, febbre, brividi, anoressia, nausea, vomito e diarrea.

Con il tempo, una nuova assunzione di oppiacei è ricercata soprattutto per evitare i sintomi di astinenza.

Effetti neuropsicologici a lungo termine

La dipendenza da oppiacei è associata a **cambiamenti strutturali nel cervello che interessano una serie di processi cognitivi**, tra cui:

- processi decisionali;
- regolazione emotiva (caratteristici sono disregolazione emotiva, impulsività e comportamenti perseveranti);
- flessibilità cognitiva, ossia la capacità di analizzare le informazioni dall'ambiente e rispondere in modo flessibile, regolando il comportamento ai cambiamenti e alle esigenze della situazione;
- memoria episodica e memoria prospettica, ovvero l'abilità di ricordare intenzioni che precedentemente erano state progettate per un preciso momento futuro.

SEGNI E SINTOMI DI ASTINENZA OPPIOIDE	
Precoci	**Avanzati**
Di solito iniziano entro 6-12 ore per gli oppioidi ad azione breve ed entro 30 ore per quelli ad azione piu lunga	Raggiungono il picco entro 72 ore e di solito durano almeno una settimana
• anoressia, astenia • ansia / paura anticipatatoria • disforia, depressione • irritabilità, agitazione, irrequietezza • cefalea • lacrimazione, rinorrea, sbadigli • midriasi lieve • sudorazione • piloerezione (pelle d'oca) • tachipnea, tachicardia aumento pressione arteriosa • craving / comportamento di ricerca	• crampi addominali • insonnia / sonno disturbato • vampate di caldo o sensazione di freddo • febbricola • dolori muscolari e ossei • spasmi e crampi muscolari, "sindrome delle gambe senza riposo" • midriasi (fissa in fase di picco) • nausea, vomito e diarrea • ipertensione arteriosa moderata • tachicardia • craving / comportamento di ricerca

Fonte: Manuale sulle dipendenze patologiche (capitolo 4.6 pag. 300) https://play.google.com/books/reader?id=5xJhDwAAQBAJ&pg=GBS.PA300&hl=it

CAPITOLO 2

IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA

Analizzare gli aspetti psicologici del paziente che soffre di dipendenza resta una delle priorità per strutturare percorsi di cura complessi ed integrati. Nel tentare di delineare meccanismi o comportamenti comuni ad ogni tipo di dipendenza patologica è sempre importante considerare l'impatto della sostanza sulla personalità del soggetto dipendente e sul suo sistema sociale, culturale o familiare.

Di seguito vengono descritte alcune caratteristiche psicologiche che spesso accomunano i pazienti con dipendenze, l'impatto della dipendenza sui rapporti sociali e familiari e le necessità per attuare percorsi di cura efficaci.

2.1 ASPETTI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE

2.1.1 Il meccanismo/funzione della sfida

La sfida costituisce quella molla e quell'ingranaggio in cui il soggetto dipendente si ritrova ad essere quasi costretto a mostrare l'illusoria capacità di gestire e controllare l'assunzione di sostanze.

Nel soggetto dipendente la sfida rappresenta sia una **sfida contro sé stesso** ("*Io dimostrerò a me stesso che posso controllare la sostanza e che non sono come gli altri*") andando paradossalmente ad alimentare ogni fallimento e ricaduta, sia **un atteggiamento rivolto all'esterno**, nel tentativo di dimostrare alla famiglia e alla società di potersi accostare alle sostanze senza per questo doverne restare impigliato.

Di fronte ad una progressiva preoccupazione, senso di impotenza e biasimo - da parte di familiari e gruppo sociale di riferimento - la reazione

> ***"Io dimostrerò a me stesso che posso controllare la sostanza e che non sono come gli altri"***
>
> ***"E' come salire sul ring e illudersi di battere Tyson, solo che se anche lo prendi a pugni a lui non fai niente. Poi ti colpisce con un dito e rotoli per anni. Ma il vero problema è che hai perso quando sei salito sul primo scalino che ti porta da lui. Ci sono sfide che seppur le vinci, hai perso per sempre!"***

dell'interessato può essere quella di **volere superare il problema da solo**: ciò, quasi sempre, porta ad una nuova e ancor più stringente situazione di sfiducia e biasimo da parte dei familiari, all'allontanamento dal contesto socio-familiare e, come meccanismo di difesa, diviene di fatto attestazione della propria solitudine.

2.1.2 La dipendenza come auto-affermazione

La fascia d'età maggiormente interessata al fenomeno della dipendenza da sostanze è quella tra i 16 e i 20 anni, età in cui le dinamiche psicologiche oscillano tra i bisogni di dipendenza e quelli di autonomia.

Oggi più di ieri, **per alcuni adolescenti affrontare il processo di crescita costituisce fonte di gravi crisi**: è spesso molto difficoltoso separarsi dalla famiglia, rapportarsi con i cambiamenti del proprio corpo, costruire un nuovo sé sociale e una nuova identità, che permetta la creazione di nuove relazioni con i pari.

Nello svolgimento di questi compiti evolutivi possono esserci veri e propri blocchi che, a loro volta, alimentano le paure e la sofferenza di questa fase. Il consumo di sostanze, l'investimento nella tecnologia, possono essere un tentativo di fronteggiare situazioni di malessere, una scorciatoia per non sentire la sofferenza, una risposta disfunzionale alle istanze della società, della famiglia e dei gruppi di pari.

In aggiunta, **in questa fase di passaggio dell'adolescente all'età adulta si possono creare situazioni di tensione all'interno della famiglia** quando per i genitori diventa difficile accettare l'emancipazione del figlio e il cambiamento di ruolo e di funzioni tra i singoli membri.

L'assunzione di sostanza può diventare un modo che il figlio trova per ritagliarsi in qualche modo una propria autonomia (**pseudoindividuazione**): ma il giovane diventa allora dipendente dalla sostanza e i genitori, a loro volta, diventano dipendenti dal comportamento del figlio.

La famiglia, a questo punto, rappresenta per il figlio che deve compiere lo svincolo una "**gabbia dorata**": un contenitore rassicurante da un lato, ma fortemente impoverente dall'altro. Di contro, la dipendenza dalla sostanza diventa una soluzione con cui l'individuo può esperire una qualche forma di autonomia anche se in maniera illusoria ed ingannevole.

"Volevo che tutti vedessero il mio dolore, la mia sofferenza, il mio disagio, ma allo stesso tempo mi arrabbiavo quando cercavano di aiutarmi. L'impresa più assurda della mia vita era voler conciliare la più normale quotidianità e l'eroina"

Sparita la prima rimase solo la seconda. Antonio narra con lucidità il suo percorso attraverso il quale ha imparato a sue spese quanto "l'impresa", come l'ha definita lui, fosse folle.

Oggi testimonia nelle scuole con orgoglio la scoperta di sé stesso come un superstite alle gravi conseguenze della sostanza.

2.1.3 La dipendenza come "soluzione" al disagio esistenziale

Un aspetto psicologico di grande importanza è quello legato all'ansia che il soggetto dipendente sente come **disagio esistenziale**, che va sedato ad ogni costo.

L'incontro con la sostanza può acquietare queste istanze ansiogene, quasi fosse un farmaco, la relazione con il dolore e in modo particolare con il suo evitamento.

> ***"L'eroina non ti chiede un pezzo della tua vita, quella è solo l'illusione a cui vuoi credere per continuare a farti. L'eroina ti chiede la tua vita per ridurla in pezzi"***
>
> ***Magda ha lasciato casa a 17 anni, ha vissuto per strada. Di espedienti. Non si è mai prostituta ma ha visto amiche e amici farlo. Il cambiamento, la molla, come la chiama lei, è scattata quando si è ricordata di un amico morto per overdose accanto a lei a cui il suo fidanzato frugava nelle tasche in cerca di eroina e soldi.***
>
> ***"Una scena da sciacalli - dice con le lacrime agli occhi - trovati i soldi comprammo la nostra dose e lo lasciammo lì. Nemmeno chiamammo l'ambulanza, eravamo troppo fatti. Il giorno dopo trovammo la storia sul giornale e ricordammo TUTTO. Non dissi nulla, nemmeno credo di aver salutato il mio fidanzato, mi recai direttamente al Ser.D. e chiesi aiuto. Dissi "ditemi in che modo posso tornare ad essere UMANA."***

2.2 QUALITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

Il comportamento di un paziente dipendente è facilmente riscontrabile in atteggiamenti che abbracciano momenti di tristezza, frustrazione, paura, euforia e ciò è causato dagli effetti delle sostanze sul corpo. Una persona con dipendenza può però nascondere nei contesti sociali la sua condizione, anche se spesso la maggiore tensione si sviluppa in ambito familiare.

La dipendenza patologica compromette le relazioni sociali, la modalità di comunicazione della persona; si può evidenziare una tendenza alla manipolazione di familiari, amici e conoscenti per ottenere comprensione e aiuti economici ripetuti. È difficile interrompere questa dinamica, proprio perché sostenuta dalla compulsività verso l'acquisto di sostanze.

In questo scenario, tuttavia, esiste una possibilità di aiuto: **attivare un percorso di riabilitazione e recupero**, rivolgendosi ai servizi competenti e con programmi che consentano alla persona un graduale recupero verso la normalità, per il ritorno ad una qualità della vita sana, per il benessere di tutti.

2.3 ESIGENZE DEL PAZIENTE CON PROBLEMI DI DIPENDENZA

Di seguito vengono delineati gli interventi che dovrebbero rispondere alle esigenze dei pazienti con dipendenze, siano essi consumatori abituali con stili di consumo integrati nel loro contesto sociale o consumatori con una lunga storia di uso e dipendenza.

Intervento farmacologico

Il trattamento con farmaci rappresenta una parte integrante dei percorsi terapeutico-riabilitativi che vengono offerti ad una persona con dipendenza da sostanza. Infatti, le terapie di mantenimento a medio-lungo termine permettono di ridurre il rischio di ricadute, andando sia a facilitare l'interruzione del circolo vizioso che spinge la persona alla continua ricerca della sostanza, sia a garantire un reinserimento sociale e lavorativo duraturo e continuativo nel tempo.

Interventi di integrazione sociale

È fondamentale sviluppare interventi volti a far **acquisire/riacquisire abilità personali e sociali** per raggiungere una buona autonomia e integrazione, nonché per prevenire patologie fisiche e psichiche correlate alla dipendenza stessa, che non di rado assumono le caratteristiche di vere e proprie disabilità.

Il trattamento sanitario della dipendenza da solo non è sufficiente a prevenire l'esclusione sociale, pertanto è necessario completarlo aumentando la disponibilità e l'accessibilità degli interventi di integrazione sociale, includendo tali interventi nei programmi di trattamento fin dalle fasi iniziali, considerando la reintegrazione sociale come obiettivo del programma e adattando gli interventi agli specifici bisogni e alle caratteristiche personali del paziente.

Interventi riabilitativi

L'obiettivo della riabilitazione deve essere quello di consentire a tutti una vita dignitosa e integrata nella società; l'astinenza o la riduzione del consumo di sostanze vanno visti come obiettivi complementari, non come prerequisiti dell'intervento psicosociale.

ESEMPI DI INTERVENTI RIABILITATIVI

- Borse lavoro, ovvero percorsi di formazione/avviamento al lavoro
- Gruppi di socializzazione
- Supervisione e counselling nella gestione del denaro e delle relazioni
- Sostegno allo studio e alla qualifica professionale
- Accompagnamento e addestramento all'utilizzo delle istituzioni sociali di riferimento per tutti i cittadini

La cura della dipendenza, quindi, non si esaurisce con il conseguimento della sospensione del consumo, ma deve proseguire puntando a **ottenere il massimo livello possibile di autonomia personale e integrazione sociale**. È importante accompagnare il paziente in un percorso in cui anche il funzionamento sociale non sia compromesso dalla dipendenza, andando a lavorare su:

- la capacità di stare in relazione con altri e di comportarsi in modo corretto secondo le regole collettive;
- la capacità di immaginare e realizzare un proprio progetto di vita;
- le capacità di lavorare e rispettare l'ambiente di lavoro, di avere cura di sé, della propria igiene, dell'alimentazione, della salute personale, di gestire e condurre un'abitazione autonoma, di gestire il proprio denaro, di sviluppare e godere di relazioni amicali e amorose.

Interventi psicologici/psichiatrici

È frequente la sovrapposizione tra disturbi da uso di sostanze e diagnosi psichiatriche:

- circa il 25% delle persone dipendenti da sostanze presenta anche un altro disturbo mentale;
- oltre il 70% dei soggetti che usa sostanze presenta anche disturbi della personalità.

Pertanto, **interventi di tipo psicologico-psichiatrico**, eventualmente associati a trattamenti farmacologici, possono concorrere a ridurre sempre più il rischio di ricaduta e contenere l'aggravarsi di altri disturbi psichiatrici già esistenti.

Percorsi di sostegno alle famiglie

Il **coinvolgimento della famiglia**, per intero o solo di sue parti, in un percorso psicoterapeutico può aiutare tutte le persone coinvolte nella comprensione e nell'accettazione della situazione che si trovano a vivere, nella gestione del proprio familiare e nel facilitare la persona dipendente durante il percorso di cura.

Interventi per il superamento dello stigma

Il superamento della visione cosiddetta "moralistica" della dipendenza costituisce un'altra esigenza per il paziente. Adottando una simile visione, la persona con dipendenza da sostanze è vista come debole in senso generale, per sua natura o perché ha ricevuto un'educazione sbagliata o inadeguata (è stata "viziata"). Questa concezione si fonda su una visione colpevolizzante, usa i criteri di "buono o cattivo" e il concetto di recupero diviene una mera questione di volontà.

La nostra società, purtroppo, non è ancora libera da letture analoghe, nonostante la ricerca scientifica abbia definitivamente affermato la natura patologica delle

dipendenze da sostanze, con una fenomenologia assimilabile a quella di qualsiasi altro disturbo psichiatrico. È, quindi, fortemente raccomandato che i SerD e gli altri servizi implicati nella prevenzione e nel trattamento delle dipendenze. si facciano promotori e attuatori di iniziative di informazione e sensibilizzazione indirizzate alla popolazione generale **affinché il modello bio-psico-sociale delle dipendenze patologiche venga interiorizzato dalla società e da ogni singolo individuo**, puntando al tempo stesso a confutare i falsi miti e lo stigma ancora oggi molto diffusi nei riguardi delle persone dipendenti. Infatti, la prospettiva bio-psico-sociale non rappresenta solo un mero riferimento teorico, ma ha profonde implicazioni sul percorso di cura di queste persone e sulla visione generale del fenomeno della dipendenza.

Interventi di informazione

Principalmente con riferimento alla popolazione adolescenziale, è particolarmente raccomandata l'**attuazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione** focalizzate sul tema dell'impatto dannoso delle sostanze psicoattive sul processo di sviluppo cerebrale, mentale e personologico che ha luogo durante la fase dell'adolescenza. Per i giovani già problematicamente coinvolti nel fenomeno "addictivo", si ritiene prioritario l'aggancio precoce, al fine di attuare trattamenti tempestivi tesi a prevenire la stabilizzazione e la cronicizzazione dell'uso di sostanze. Luoghi specificamente dedicati alla presa in carico di adolescenti e giovani adulti nella fase di esordio della patologia additiva (prima cioè che subentri la fase acuta e successivamente cronica dell'addiction dove a predominare non è più la dimensione impulsiva di ricerca di piacere e divertimento bensì la dimensione compulsiva di superamento ed evitamento dei sintomi spiacevoli tipici della fase di astinenza) possono rappresentare una risposta terapeutica efficiente oltreché efficace, in quanto permettono di superare le loro notevoli resistenze a chiedere aiuto presso i Ser.D., non riconoscendosi portatori di problematiche legate alla "classica" forma di dipendenza e, quindi, di accorciare sensibilmente il cosiddetto "periodo di non trattamento".

2.4 LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE: PERCORSI DI CURA E SUPPORTO ALLE FAMIGLIE

Le Comunità terapeutiche sono strutture con programmi terapeutico-riabilitativi che hanno l'obiettivo di aiutare coloro che hanno problematiche di dipendenza da sostanze e comportamentali a recuperare un contatto più adeguato e concreto con la realtà, con sé stessi e con l'ambiente socio-familiare, in un ambiente protetto.

I servizi offerti possono essere a carattere residenziale (permanenza diurna e notturna) e semi-residenziali (permanenza diurna), con programmi individualizzati a bassa, media ed alta soglia di durata ed intensità.

COME SI ACCEDE AD UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA?

- L'accesso può avvenire tramite richiesta del Ser.D. di competenza territoriale e, per quanto riguarda le persone detenute presso le Case Circondariali su scala nazionale, oltre che dal Ser.D anche con provvedimenti e forme alternative alla detenzione (affidamenti in prova ai servizi sociali, arresti domiciliari, messa alla prova e lavori di pubblica utilità), in collaborazione con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna e le varie autorità giudiziarie dislocate su tutto il territorio italiano.
- L'accesso in forma privata, senza passaggio con eventuale servizio territoriale, tramite contatto diretto con i probabili utenti e/o familiari.
- Il primo contatto con il potenziale ospite può avvenire per contatto telefonico o in presenza. L'ospite può essere convocato presso la sede per il primo incontro, al quale possono seguire colloqui motivazionali per valutare l'effettiva volontà dell'ospite ad iniziare il percorso riabilitativo individualizzato e durante i quali vengono illustrate l'organizzazione, le regole ed i ritmi comunitari.

La dipendenza da sostanza e/o comportamento "addictivo" vengono accolte e gestite con strumenti calibrati in base alla severità con cui il problema si manifesta. Inoltre, numerose strutture si occupano non solo di accoglienza, dinanzi a dipendenza conclamata, ma possono fornire anche interventi di promozione e di prevenzione per la popolazione.

Fondamentale è garantire il diritto alla cura del paziente su tutto il territorio nazionale, favorendo la libertà di poter scegliere il luogo e la tipologia di percorso riabilitativo più adatto, anche di concerto con la propria famiglia ed eventuali Servizi Territoriali di riferimento.

Nel momento della presa in carico, gli operatori del centro di accoglienza ed orientamento mettono in atto azioni mirante ad individuare l'intervento psicologico e pratico-comportamentale più adeguato per il paziente e ovviamente da lui condiviso. Il percorso terapeutico residenziale trova la sua fase di avvio inizialmente con la presa in carico del paziente dal Servizio Pubblico (Ser.D., C.S.M. ed altri), che in sinergia con i centri di accoglienza filtro avvia un percorso di rete strutturato.

2.4.1 Percorsi di cura per il paziente

Nelle Comunità Terapeutiche gli interventi offerti al paziente con dipendenza sono:

- **psicoterapia individuale**;
- **psicoterapia di gruppo**;
- **sostegno psicologico e motivazionale**;
- **psicoeducazione**;

- **gruppi tematici mirati** (alcol, DGA, DCA, etc.);
- **eventuale assistenza sociale**;
- **eventuale assistenza legale**;
- **supporto farmacologico,** ove previsto ed in base alla tipologia di struttura (doppia diagnosi, terapeutico-riabilitativa).

Nelle Comunità esistono, in modo diversificato da struttura a struttura, un insieme di regole generali che si ispirano alla sana convivenza tra le persone nelle quali si innestano i *"percorsi"* terapeutici e educativi personalizzati.

Le varie fasi dell'azione terapeutica e delle relative metodologie viene rimodulata costantemente dalle équipe multiprofessionali e dai responsabili dei Servizi Pubblici coinvolti, in un confronto paritetico e condiviso che coinvolge lo stesso paziente.

ATTIVITÀ CHE POSSONO ESSERE OFFERTE AL PAZIENTE CON DIPENDENZA

- Attività ergo terapiche
- Attività socio-ricreative
- Attività sportiva
- Scolarizzazione
- Laboratori multidisciplinari
- Formazione professionalizzante
- Ricerca attiva per il reinserimento lavorativo
- Attività culturali ed educative

2.4.2 Supporto alle famiglie

All'interno delle Comunità terapeutiche grande attenzione è rivolta alle famiglie delle persone accolte, cercando di agire sulle dinamiche familiari attraverso interventi psicoterapici ispirati al modello sistemico. Di seguito vengono riportati gli interventi a supporto delle famiglie:

- sostegno alla genitorialità e consulenze familiari;
- gruppi di sostegno;
- educazione, formazione ed informazione;
- sostegno nella prevenzione delle ricadute.

CAPITOLO 3

LA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI

Poiché la dipendenza è una malattia complessa che investe e compromette molti aspetti della vita e della salute della persona, il percorso di cura del paziente vede il coinvolgimento di operatori sanitari e medici specializzati in diverse discipline che affrontano in modo integrato i vari aspetti del problema. In quest'ottica, il **Servizio per le Dipendenze (Ser.D.)** rappresenta un modello avanzato di cura in cui collaborano équipe multiprofessionali per garantire la miglior presa in carico dei pazienti.

3.1 IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Grazie alla capillare presenza sul territorio ed alla specifica relazione fiduciarie con il paziente e la sua famiglia, il **Medico di Medicina Generale (MMG)** copre un ruolo fondamentale nell'intercettazione precoce del bisogno di cura della persona con disturbi da uso di sostanze, ma anche, collaborando attivamente con il team multiprofessionale dei Ser.D., nelle fasi di presa in carico, terapia, follow-up e monitoraggio delle eventuali ricadute.

La richiesta di aiuto al MMG può giungere sia dal paziente stesso, sulla base di motivazioni interne (presa di coscienza del problema) o esterne (problematiche medico/legali o sollecitazione da parte di familiari), oppure da parte dei familiari, sulla base di evidenze d'uso o sospetti legati ad ammanchi di denaro o altri comportamenti associati all'uso di sostanze.

L'approccio al paziente deve avvenire mediante la strutturazione di una **relazione empatica, basata sull'ascolto attivo e caratterizzata da un atteggiamento aperto, non giudicante o colpevolizzante**, per riuscire ad instaurare un dialogo che superi lo stigma ed il senso di vergogna che spesso si associa alle patologie legate all'uso di sostanze.

Nell'instaurare il dialogo con il paziente occorre valutare il livello di consapevolezza del problema e la disponibilità al cambiamento, identificando per ciascun soggetto lo stadio del cambiamento. Si suggerisce la possibilità di seguire un modello a 6 stadi:

- **precontemplazione**
- **contemplazione**

- **determinazione**
- **azione**
- **mantenimento**
- **ricaduta**

Modificata da: Il progetto "Autoscatto": un intervento educativo nei disturbi del comportamento alimentare mediante l'utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente IJEDO 2022,4:14-19

Precontemplazione

"Non è un mio problema"

La persona non presenta alcuna motivazione al cambiamento e non ha mai ipotizzato di poter intraprendere un percorso di cura. Si tratta di soggetti per i quali fornire consigli prescrittivi ed istruzioni operative risulta controproducente. **Occorre limitarsi a fornire informazioni volte ad accrescere la consapevolezza del problema e la possibilità di cambiamento, per prendere coscienza autonomamente dei pericoli ed accettare la possibilità di cambiare**. Bisogna far sentire a questi pazienti che, nel momento in cui avranno maturato un pensiero di cambiamento ed avranno bisogno di confrontarsi con il medico, troveranno disponibilità all'ascolto.

Spesso il paziente in questo stadio è quello che viene segnalato al medico dai parenti: il curante si trova nella condizione di sapere, ma di non far sapere che

sa per non compromettere il rapporto di fiducia. Nonostante le aspettative dei parenti riguardo un intervento radicale del curante, se da un colloquio effettuato per un accesso per altri motivi ci si rende conto che il paziente si trova in questo stadio, non si può far altro che fornire informazioni volte a generare il dubbio e fornire disponibilità all'ascolto.

"Certo, è vero, ho questo problema, però...."

Contemplazione

Il paziente in stadio contemplativo ha mosso il primo passo nella ruota del cambiamento, ma presenta un'importante ambivalenza tra la necessità di tale passo ed il suo rifiuto. **Nega e sminuisce il problema, ma è disponibile al colloquio. In questa fase un intervento di counselling, mirato ad aumentare la motivazione al cambiamento mediante incremento della frattura interiore, può risultare efficace** e può essere utile a far comprendere al paziente il fatto che l'uso di una sostanza stupefacente non è un problema solo per gli effetti diretti che la sostanza stessa produce o per i sintomi astinenziali che un uso continuativo induce, ma anche per la compromissione degli ambiti sociale e lavorativo e per le modalità di uso, in particolare quello rischioso per sé e per gli altri.

"Voglio cambiare"

Determinazione

Nello stadio determinativo il paziente è riuscito a far emergere le motivazioni al cambiamento ed **occorre accompagnare la sua volontà di ricercare ed attuare strategie di cambiamento**. Spesso questa fase presenta una breve finestra temporale, pertanto il MMG deve saper cogliere i segnali che il paziente, anche indirettamente, comunica ed agire tempestivamente per attivare i vari servizi di cura.

"Smetto, qualsiasi sia il modo"

Azione

Nello stadio dell'azione **il paziente aderisce ad un progetto di cura** nel quale il MMG svolge un ruolo fondamentale, sostenendo il paziente nell'adesione al percorso di cura, nella gestione della terapia farmacologica e nell'ambito familiare.

Il coordinamento con il MMG permette il controllo delle condizioni cliniche del paziente in contesti differenti, il confronto con i familiari (se assistiti dallo stesso medico), concorre a minimizzare la manipolazione delle informazioni da parte del paziente e permette un monitoraggio della richiesta impropria di psicofarmaci che, in particolare nella fase iniziale della detossicazione, può diventare pressante.

"Ho risolto il mio problema"

Mantenimento

Nello stadio del mantenimento l'ausilio del MMG permette il riconoscimento precoce di cedimenti e ricadute. **Il raggiungimento dell'astensione dall'uso di una sostanza è solo la fase iniziale del percorso**, in seguito occorre ricostruire tutti quegli ambiti che l'uso della sostanza ha compromesso.

Il paziente dovrà prendere coscienza della necessità di un cambio dello stile di vita associato ad un'identità nuova o ritrovata, pur mantenendo l'allerta considerando il fatto che sarà sempre una persona che dopo 12 mesi di astensione dall'uso di sostanze potrà essere considerato in remissione prolungata, ma dentro di sé la memoria dell'uso della sostanza permarrà per lungo tempo creando i presupposti per un eventuale ricaduta.

"Non è un mio fallimento, fa parte del percorso di guarigione"

Ricaduta

La ricaduta deve essere considerato un evento possibile, non normalizzato ma una possibile tappa del percorso di cambiamento, da non sottovalutare ed utile per analizzare le fragilità e cercare strategie per evitarne altre. **In caso di ricaduta occorre aiutare il paziente a superare lo scoraggiamento** per ritrovare la motivazione e la determinazione per ripercorrere la ruota del cambiamento.

3.2 IL RUOLO DELLO SPECIALISTA

Le figure professionali più rappresentate nei Ser.D. sono i medici, gli infermieri, gli psicologi, gli assistenti sociali e gli educatori professionali. Tra i medici, le specializzazioni più diffuse sono quelle in psichiatria, medicina interna, farmacologia e tossicologia clinica, malattie infettive.

Nei Ser.D. tutte le figure specialistiche lavorano in equipe sin dalle fasi iniziali del percorso del paziente, in modo da garantire un intervento completo e integrato alla persona che lo richiede.

Il sapere dei singoli profili professionali e la loro integrazione è il fondamento del lavoro di equipe.

Le conoscenze del ***medico*** comprendono gli effetti farmacologici e gli effetti neurobiologici delle droghe e dei comportamenti di addiction, la conoscenza dei quadri clinici correlati alle dipendenze, la conoscenza delle patologie psichiatriche con particolare riferimento a quelle correlate con le dipendenze, i trattamenti farmacologici, le possibili interferenze con le sostanze psicoattive e/o con altri tipi di farmaci.

Come possono intervenire gli specialisti nel percorso di un paziente?

Accoglienza e valutazione

Viene valutata la richiesta di chi accede al Ser.D. (per sé o per altri), si raccolgono i dati utili per un iniziale inquadramento del problema (diagnosi di stato) e si definiscono gli interventi medici di natura generale, internistica o psichiatrica ritenuti urgenti.

Generalmente in queste fasi può essere centrale il ruolo dell'assistente sociale che utilizza strumenti specifici di approccio al paziente, sia in termini di colloquio che di strumenti diagnostici condivisi con le figure mediche e psicologiche.

Diagnosi

Vengono raccolti i dati della storia medica del paziente e della sua storia di consumatore di sostanze (anamnesi medica e tossicologica). Si organizza la richiesta degli esami necessari per definire una corretta diagnosi di dipendenza. Si visita il paziente e si delinea una diagnosi medica e tossicologica.

La valutazione *psicologica e psichiatrica* prevede una corretta e completa anamnesi psichica: oltre al colloquio, si eseguono tutti i test e gli approfondimenti utili alla diagnosi e necessari per escludere/riconoscere altre patologie psichiatriche associate alla dipendenza.

Definizione del piano terapeutico

Tutti gli elementi raccolti nelle fasi di accoglienza, valutazione e diagnosi vengono analizzati dai diversi specialisti per delineare un piano di cura individualizzato. Il punto forte del lavoro in equipe è l'apporto specifico di ogni professione, nell'interesse delle necessità e dei bisogni del paziente.

Rivalutazione periodica

Periodicamente gli specialisti procedono ad una rivalutazione dei risultati del trattamento e dei programmi di intervento, in riferimento ai diversi aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale. I percorsi di cura spesso devono essere rivisti e ridefiniti. Alla rivalutazione in equipe segue *la ricontrattazione con il paziente*.

3.3 IL RUOLO DEL FARMACISTA

Il rapporto effettivo farmacie-abitanti è superiore a quello previsto dalla legge fissato in 3.300 abitanti per farmacia. Questo fa sì che le farmacie siano presenti con ampia diffusione nelle grandi città, ma anche nei centri abitati con poche centinaia di abitanti. In pratica è estremamente facile trovare una farmacia anche nei piccoli centri rurali; in più nei giorni festivi c'è sempre una farmacia aperta per turno.

La grande distribuzione territoriale e il fatto che grazie ad un efficiente sistema di turnazioni ci sia sempre una farmacia aperta fa sì che questa sia diventata nel

tempo il primo punto di riferimento sanitario per i cittadini, soprattutto in quegli ambiti territoriali dove non vi sono presìdi ospedalieri o di pronto soccorso.

Il **farmacista**, grazie ai suoi studi e alla sua esperienza professionale, riesce a fornire un primo approccio su qualsiasi problematica, offrendosi come **punto di ascolto attivo in grado di effettuare una prima valutazione e di indirizzare il cittadino dal medico o dallo specialista per la successiva presa in carico**.

È quindi importante fare riferimento al farmacista come operatore sanitario a cui poter descrivere e sottoporre i propri malori, i sintomi, ma non solo, anche lo stato familiare e altri contesti che possano essere utili ad una prima inquadratura del problema. Inoltre, spessissimo, il farmacista conosce molto bene i propri pazienti, la loro storia familiare e le patologie croniche e acute dei vari componenti il nucleo familiare.

La farmacia è in rete con i medici di medicina generale e con le ASL del territorio e quindi potrà indirizzare il cittadino ad un primo percorso assistenziale.

Quindi tre sono i punti di forza nella costruzione del rapporto farmacista/paziente:

- **prossimità**
- **capacità all'ascolto**
- **rete farmacia - medico di medicina generale**

3.4 IL SER.D.: SERVIZI, STRUTTURE TERRITORIALI, ORGANIZZAZIONE

I **Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)** sono i servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dalla legge 162/90. Ai Ser.D. sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

Nei Ser.D. operano equipe multidisciplinari rappresentate da medici, psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali e assistenti sociali.

Le attivitá del Ser.D. si sviluppano anche in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali e il volontariato.

DOVE SONO I SER.D.

Alla data odierna in ogni Distretto Sanitario, o almeno in ogni ASL, è presente un Ser.D. Nel 2022 in Italia erano attivi 573 Ser.D.

Per l'elenco completo dei Ser.D. sul territorio nazionale si può consultare l'Anagrafe dei Servizi delle Dipendenze:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=28

I Ser.D. dovrebbero esser tutti oggi inseriti nei Dipartimenti delle Dipendenze e dovrebbero godere di autonomia tecnico gestionale.

Le prestazioni offerte sono gratuite, l'accesso è libero, senza impegnativa medica, e chi vi si rivolge può richiedere l'anonimizzazione dei propri dati anagrafici.

Questa possibilità è prevista dalla normativa, per favorire l'accesso ai servizi di cura delle persone con problemi di dipendenza da sostanze illegali.

Il Ser.D. lavora in modo integrato con gli altri servizi sanitari e con quelli sociali, anche attraverso l'organizzazione di percorsi dedicati che favoriscono la continuità e l'efficacia della presa in carico terapeutica e dei programmi di riabilitazione e di reinserimento socio-lavorativo. A titolo esemplificativo, si citano le collaborazioni con i reparti ospedalieri, i medici di medicina generale, le Comunità terapeutiche, i Distretti sanitari, i Centri di salute mentale, i Comuni, i Servizi del Ministero della Giustizia, le associazioni di volontariato e di promozione sociale, le cooperative sociali, il mondo della scuola e del lavoro, ecc.

L'attività professionale può essere svolta anche in sedi diverse del territorio, al fine di facilitare il contatto, riconoscere il più presto possibile la situazione di disagio, sostenere il paziente nei diversi programmi di reinserimento e nelle diverse fasi del percorso, lavorando con i diversi servizi coinvolti e con la famiglia, quando questo è possibile.

Tipologia di prestazioni e di attività

Il DPCM del 12.01.2017 (artt. 28 e 35) stabilisce che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire specifici Livelli Essenziali di Assistenza per le persone con dipendenze, ivi incluse le persone detenute o internate. Tali prestazioni, elencate di seguito, devono essere erogate sia a livello territoriale che semiresidenziale e residenziale:

- **Accoglienza al primo contatto**. L'attività di accoglienza, diretta e telefonica, è molto importante, per fornire informazioni utili, supporto, rassicurazione, prime risposte orientative, sia alla persona direttamente interessata che ai familiari o ai cittadini. Il primo contatto è essenziale per smorzare i vissuti di timore e diffidenza (la paura di essere "segnalati") che possono interferire sulla accettazione della cura ed interferire sulla motivazione
- **Valutazione diagnostica multidisciplinare**
- **Valutazione dello stato di dipendenza**
- **Screening delle patologie correlate al consumo di sostanze** (epatiti, infezioni sessualmente trasmesse, etc.)
- **Screening dei disturbi psichici associati al consumo di sostanze o ad altri comportamenti additivi**
- **Certificazione dello stato di dipendenza patologica** (compreso tabagismo e gioco d'azzardo)

- **Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato**, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia
- **Somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste**, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico
- **Gestione delle problematiche mediche specialistiche**
- **Interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze**
- **Colloqui psicologico-clinici**
- **Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia**
- **Collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale** con riferimento ai pazienti con comorbidità psichiatrica
- **Interventi di riduzione del danno**
- **Psicoterapia** (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
- **Interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi** finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa
- **Promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica**
- **Promozione di gruppi di sostegno per i familiari** di soggetti affetti da dipendenza patologica
- **Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali**
- **Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta**
- **Interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o di soggetti con misure alternative alla detenzione**, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria

Oltre a queste prestazioni essenziali, in molti Ser.D. vengono previste ulteriori prestazioni, legate a progettualità sperimentali ed innovative, in un'ottica di miglioramento continuo.

I Ser.D. collaborano anche con le diverse Comunità terapeutiche, regionali ed extraregionali, offrendo programmi personalizzati integrati tra pubblico e privato sociale. Vengono assicurati anche i programmi in misura alternativa alla detenzione, stabiliti con i Servizi del Ministro della Giustizia.

Generalmente il programma residenziale è gratuito per la persona (la retta viene pagata dai Ser.D. con fondi regionali) ed è il Ser.D. ad individuare e proporre un percorso residenziale adatto al paziente e a monitorare il percorso di cura.

3.5 IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA

3.5.1 A chi rivolgersi?

Il problema della dipendenza è un fenomeno che investe non solo il paziente, ma anche il suo sistema familiare e sociale. Il ritardo nella cura peggiora la situazione clinica e la prognosi della malattia oltre a complicare spesso la situazione socio-economica e quella giudiziaria del paziente, elevando così il carico di disagio e di sofferenza anche della famiglia (costi sanitari e sociali).

Risulta pertanto importantissimo che familiari o amici si rivolgano al Ser.D. non appena vi sia il dubbio di un consumo di sostanze, di modo che possano essere orientati e supportati nella gestione del familiare con problemi di consumo. Infatti, **i professionisti dei Ser.D. realizzano interventi di informazione, orientamento e counselling rivolti alla famiglia, oltre che la promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica**.

3.5.2 Come comportarsi con un familiare che soffre di dipendenza?

Per facilitare la relazione e la convivenza con un familiare/amico dipendente da sostanze psicoattive, è importante conoscere cosa fare e cosa evitare. Di seguito alcune indicazioni e suggerimenti.

Sospendere il giudizio.

È importante accogliere il disagio del proprio familiare tenendo a bada le proprie quote di rabbia e di disprezzo, sentimenti che vanno assolutamente accettati e confessati al fine di non dissimulare e rendere poi non credibile la comunicazione.

"*Provo molta rabbia ed impotenza ma non voglio che questo mi impedisca di starti vicino in maniera utile*".

Fingere non è mai una buona scelta per stabilire un'interazione con la persona dipendente. Egli infatti non ha bisogno di sentirsi incolpato in quanto una parte di sé è centrata proprio sulla colpa che fonda la motivazione per ritornare a drogarsi. Conscio che la sostanza eliminerà quel senso di disagio interiore.

Guardare negli occhi il proprio congiunto facendo attenzione al messaggio non verbale.

Quest'ultimo non deve ispirare sfida e collera. Di fronte abbiamo un soggetto che, spesso, si traveste in maniera aggressiva per difendersi dall'angoscia che prova e che ha generato nelle persone di fronte a lui. Mantenere un atteggiamento non verbale con gesti e sguardi che siano realmente di disponibilità e accoglienza significa mostrare che si è aperti ed autenticamente orientati a far sentire la propria vicinanza affettiva. Adottare un atteggiamento deciso, ma non duro. Ciò si traduce in una reale capacità di essere assertivi nel proporre accoglienza e ascolto.

Non minacciare o promettere cose che poi non si è emotivamente in grado di sostenere.
Affermazioni come *"ti denuncio, ti caccio fuori di casa, ti tolgo tutti i soldi, ecc."* possono essere dette in maniera serena e tranquilla, ma decisa, se emotivamente sostenibili e fattibili e, soprattutto, solo se l'intero sistema familiare coinvolto è d'accordo nel portarle avanti. A tal fine è utile accompagnare con gesti di autentica tenerezza e disponibilità le proprie affermazioni più decise mettendo in chiaro che l'aiuto verrà dato in ogni tempo e in ogni modo secondo le direttive che il sistema familiare è disposto ad effettuare, anche concordando ogni azione con l'istituzione pubblica ovvero i Ser.D.

Evidenziare che il problema della dipendenza non è un giudizio di fallimento da dare alla persona, ma l'occasione che la famiglia ha di cambiare la propria modalità di interazione. Pertanto, non additare la persona dipendente come soggetto moralmente cattivo, ma come bisognoso di cure. È l'intera famiglia che va a chiedere aiuto e non solo il paziente; in questo modo si innescano dinamiche di cambiamento per far evolvere l'intero sistema familiare.

Non avere comportamenti antitetici tra i membri della famiglia rispetto a quanto stabilito.
Spesso il soggetto dipendente rintraccia i punti deboli del sistema familiare e ne amplifica le contraddizioni rendendo vane le azioni intraprese. In tal modo divide e rende meno efficaci le eventuali proposte terapeutiche e riabilitative.

Partecipare, ove è possibile, a gruppi familiari -
con o senza il congiunto con problemi di dipendenza - in modo da rafforzarsi come famiglia nell'avere la consapevolezza che il proprio problema non è unico e che le soluzioni possono anche essere tratte dalle esperienze altrui, integrandole, ove possibile, nella propria vita personale e familiare. Questo punto è particolarmente decisivo anche per favorire una nuova e più funzionale risocializzazione all'interno del tessuto familiare del soggetto dipendente.

CAPITOLO 4

PERCORSI DI CURA E DI SOSTEGNO

I **Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)**, anche in collaborazione e sinergia con altre strutture del sistema sociosanitario, sono il fulcro di un modello gestionale che garantisce la continuità assistenziale ai pazienti con dipendenza, attraverso un sistema integrato di intervento pubblico, privato e sociale.

L'offerta dei servizi comprende sia attività mirate al paziente, come psicoterapia e trattamento farmacologico atte a costruire un percorso di cura e riabilitazione completo e integrato, sia consulenze e servizi per utenti diversi, incluse le famiglie di persone con dipendenze o le strutture pubbliche che hanno in carico cittadini con problemi di dipendenza.

4.1 OFFERTA DELLA CONSULTAZIONE

Il Ser.D. offre attività diversificate di consulenza e consultazione, per target di utenza diversi:

- cittadini, che possono rivolgersi agli operatori in orario di apertura al pubblico per porre quesiti, chiedere informazioni, per orientarsi su come affrontare un problema inerente la tematica della dipendenza o sulla rete dei servizi a disposizione;
- familiari, che possono richiedere consigli e suggerimenti sulla gestione di situazioni relative a persone già in carico o non ancora note;
- servizi sanitari, come reparti, pronto soccorso, distretti, medici di medicina generale, centri di salute mentale, neuropsichiatria infantile, che possono richiedere una consulenza specialistica per pazienti assistiti o ricoverati;
- servizi del Ministero della Giustizia, che possono richiedere valutazioni specialistiche per persone sottoposte a percorsi giudiziari;
- commissione medica locale patenti, per percorsi accertativi correlati alla idoneità alla guida;
- medici competenti di imprese del territorio, per percorsi accertativi di secondo livello in tema di sicurezza sul lavoro;
- persone per percorsi accertativi per esigenze specifiche, come porto d'arma, adozione.

4.2 TIPOLOGIA DI PAZIENTI E OFFERTA DI SERVIZI E FARMACI

L'immagine diffusa, ma condizionata da visioni pregiudiziali, è che al Ser.D. si rivolgano solo le persone con dipendenza da eroina; è importante quindi che i cittadini sappiano che il servizio è il riferimento specialistico della sanità pubblica per tutti i tipi di dipendenza.

Attraverso l'organizzazione di percorsi interni dedicati alle singole problematiche si riesce a tenere conto delle peculiari esigenze di target di pazienti diversi. Ad esempio, è importante prevedere risposte specifiche per i pazienti con meno di 25 anni e per le donne.

Negli ultimi anni sono aumentate le competenze istituzionali dei Ser.D. in ordine a percorsi accertativi di tipo medico legale; quindi, si rivolgono al servizio:

Persone con percorsi inerenti all'idoneità alla guida, inviati dalla Commissione Locale Medica Patenti

- Lavoratori addetti a mansioni a rischio, esitati positivi al controllo tossicologico di primo livello eseguito in ditta. Come previsto dalla normativa sulla sicurezza del lavoro questi lavoratori vengono inviati al Ser.D. dal medico competente dell'impresa per eseguire il percorso accertativo di secondo livello
- Coppie che stanno seguendo il percorso per adozioni internazionali
- Persone che stanno richiedendo il porto d'arma
- Persone inviate dal Tribunale per valutazioni diagnostiche sul consumo di sostanze
- Persone che hanno avuto la sospensione del procedimento giudiziario (Messa alla Prova-MAP) e che vengono affidate ai servizi per lo svolgimento di programmi che prevedono anche l'esecuzione di lavori di pubblica utilità
- Persone (in gran parte giovani), che vengono inviate dalla Prefettura in quanto hanno avuto una sanzione amministrativa per detenzione di modiche quantità di psicoattive.

Oltre alla dipendenza da sostanze psicoattive (oppiacei, cannabis, cocaina, amfetamine etc.), il Ser.D. si occupa anche di dipendenze da fumo di sigaretta e da alcol, da farmaci non prescritti e di dipendenze di tipo comportamentale (quali dipendenza da internet e social media, da sesso compulsivo, da shopping compulsivo, da gioco d'azzardo).

4.3 SUPPORTO AL PAZIENTE E INTENSITÀ DELL'INTERVENTO: DAL SUPPORTO PSICOLOGICO AL SUPPORTO FARMACOLOGICO

Quando un cittadino si rivolge al Ser.D., gli operatori sanitari valutano il tipo di richiesta del paziente con un approccio multiprofessionale, assicurano le prime risposte necessarie e propongono alla persona un percorso di approfondimento.

Il programma terapeutico-riabilitativo è personalizzato e viene concordato con il diretto interessato e, in alcuni casi, anche con i suoi familiari o altri referenti di fiducia.

Il programma viene deciso dopo la fase di conoscenza e di valutazione diagnostica e prevede risposte differenziate considerando il grado di complessità, la gravità e l'intensità del bisogno, ma anche risorse, competenze ed aspirazioni della persona.

Viene condiviso con la persona l'obiettivo prioritario da raggiungere, che all'inizio in genere coincide con la cura della sintomatologia dell'astinenza che sta alla base della sofferenza e della ricaduta, per poi arrivare ad interrompere il circolo vizioso che conduce all'assunzione della sostanza o al ripetere il comportamento problematico (nelle dipendenze comportamentali).

Per raggiungere questi obiettivi sono di grande importanza ed efficacia i farmaci specifici per i diversi tipi di dipendenza, nonché i farmaci sintomatici, che vengono prescritti e somministrati direttamente dal personale sanitario del Ser.D., e che rappresentano il primo sollievo dal malessere profondo. Superata questa fase e stabilizzata la terapia farmacologica, è possibile avviare le altre attività terapeutiche, secondo un programma concordato con il paziente: gli obiettivi devono infatti essere personalizzati e raggiungibili dalla persona, nei tempi ipotizzati congiuntamente.

Il programma terapeutico-riabilitativo è personalizzato e dipende dalla necessità e richiesta della persona e dalla gravità e complessità della dipendenza.

Gli **obiettivi di un programma terapeutico** devono essere declinati dopo una valutazione multidimensionale del bisogno e favoriscono sempre:

- riduzione del rischio di mortalità (overdose);
- prevenzione delle ricadute;
- riduzione del rischio di contrarre patologie correlate all'uso di sostanze;
- riduzione/sospensione del consumo di sostanze;
- miglioramento della qualità della vita a medio e lungo termine;
- motivazione al cambiamento;
- dinamiche familiari e di relazione tra pari;
- ripristino delle abilità sociali;
- sviluppo delle strategie e delle risorse necessarie per la prevenzione delle ricadute;
- rafforzamento delle strategie per la gestione del proprio tempo libero e della quotidianità.

Gli interventi terapeutico-riabilitativi prevedono una organizzazione in fasi diverse per monitorare i progressi e valutare eventuali modifiche nel percorso di cura.

Trattandosi di programmi terapeutico-riabilitativi che richiedono una durata anche di molti mesi, devono essere previste fasi diverse, con obiettivi da raggiungere in progressione. Il monitoraggio e la valutazione in itinere degli esiti è fondamentale per poter porre in essere eventuali modifiche; deve coinvolgere in prima persona il paziente, che è protagonista del proprio percorso di cura.

In caso di situazioni di acuzie e di crisi che richiedono una risposta intensiva sulle 24 ore, il Ser.D. collabora con i servizi dell'emergenza sanitaria, come il Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

4.3.1 Trattamenti con farmaci

Dagli anni '90 ad oggi, il trattamento dei pazienti con dipendenza da oppiacei è profondamente cambiato, passando da un approccio clinico volto prevalentemente alla riduzione dei decessi e delle malattie infettive (HIV, epatite B e C) ad un approccio concentrato al reinserimento del paziente nella vita sociale e lavorativa al fine di migliorare anche la qualità della vita.

Il trattamento farmacologico di un paziente dipendente da oppiacei è mirato a:

- **ridurre o cessare l'uso di sostanze;**
- **ridurre o cessare i rischi correlati alla somministrazione per via iniettabile (infezioni);**
- **ridurre il rischio di overdose;**
- **ridurre o cessare i comportamenti criminali;**
- **migliorare lo stato fisico e psicologico del paziente;**
- **migliorare le relazioni sociali e familiari;**
- **iniziare o proseguire una attività lavorativa;**
- **migliorare la qualità di vita.**

In questo quadro, **la disintossicazione da oppiacei e la risoluzione della sindrome da astinenza rappresentano il primo passo della terapia farmacologica**, mentre la prevenzione delle ricadute sono il vero obiettivo del trattamento.

Una volta stabilizzato il paziente si prosegue con una **terapia di mantenimento con dosaggio e durata personalizzata**, per mantenere la situazione di non-utilizzo di sostanze e per stabilire una situazione di normalità che faciliti il reinserimento sociale e lavorativo della persona.

Obiettivi della terapia farmacologica:

1. **Risoluzione della sindrome da astinenza (a breve termine)**
2. **Prevenzione delle ricadute (terapia di mantenimento a medio-lungo termine)**

Sebbene molte persone vedano nell'uso di una terapia farmacologica prolungata nel tempo una barriera alla cura, in realtà **l'adozione di una terapia di mantenimento risponde alla cronicità della patologia stessa** e va a sostenere il prolungato processo di miglioramento e guarigione del paziente. Anche le eventuali ricadute, tipiche della patologia stessa, vengono gestite in una stessa ottica di trattamento, attraverso una rimodulazione della terapia, se ancora in corso, o attraverso il reinserimento dei farmaci se erano stati sospesi.

I farmaci utilizzati sia nelle fasi iniziali del trattamento sia come terapia di mantenimento sono:

- gli **agonisti degli oppioidi** (metadone, levometadone e buprenorfina), ossia farmaci che attivano e modulano il sistema cerebrale degli oppioidi, riducendo quindi la necessità di assumere la sostanza stessa;
- gli **antagonisti degli oppioidi** (naloxone e naltrexone), ossia farmaci che vanno ad bloccare o contrastare gli effetti delle sostanze psicoattive.

Attualmente in Italia, per il trattamento della dipendenza da oppiacei, sono autorizzati: metadone, levometadone, buprenorfina, buprenorfina/naloxone e naltrexone.

I farmaci che prevedono una somministrazione quotidiana, tutti ad uso orale, possono essere distribuiti ambulatorialmente nei Ser.D. oppure possono essere affidati al paziente, previa stesura di un piano terapeutico, per un massimo di terapia di 30 giorni. Questo aspetto permette di stabilire **un'alleanza terapeutica tra medico e paziente**, garantendo a quest'ultimo una progressiva normalizzazione e il reinserimento sociale. Durante il trattamento sono previste visite periodiche, controlli ematochimici e monitoraggio dell'utilizzo di sostanze mediante analisi tossicologiche su campioni biologici (sangue, urine, capello).

Da poco tempo in Italia sono disponibili anche **farmaci che prevedono somministrazione, settimanale, mensile o semestrale.** Queste formulazioni hanno la caratteristica di essere a lento rilascio di farmaco buprenorfina e possono essere somministrate con una frequenza molto minore rispetto a quella giornaliera sotto la supervisione di un operatore sanitario formato, su compilazione di piano terapeutico.

Le formulazioni a rilascio immediato e prolungato nel tempo sono egualmente efficaci per la cura della dipendenza da oppiacei e vanno scelte in base agli specifici bisogni del paziente. Tuttavia le formulazioni a rilascio prolungato presentano una serie di prerogative rappresentate da:

- **migliore compliance del paziente;**
- **maggiore aderenza alla terapia, che non deve essere effettuata giornalmente sotto supervisione del personale sanitario;**
- **minor rischio di uso improprio del farmaco;**
- **minor stigma per il paziente e per i professionisti della cura.**

FARMACI AUTORIZZATI IN ITALIA PER IL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA (AIFA)	
Principio Attivo	**Frequenza somministrazione**
Metadone	Giornaliera
Levometadone	Giornaliera
Buprenorfina	Giornaliera, Settimanale, Mensile, Semestrale
Buprenorfina/Naloxone	Giornaliera, Giorni alterni, Trisettimanale
Naltrexone	Giornaliera, Trisettimanale

Fonte: Banca Dati Farmaci dell'AIFA

4.3.2 Psicoterapia

Per la cura della dipendenza, il percorso psicologico è un momento importante, che si può affiancare alla eventuale terapia farmacologica favorendo e consolidando il recupero delle relazioni sociali e per ridurre eventuali ricadute. La psicoterapia può assumere diversi approcci personalizzati in base all'anamnesi del paziente e questa può essere condotta con modalità individuali, di gruppo e familiare.

La psicoterapia aiuta ad indagare le cause scatenanti la dipendenza, ad interrompere i meccanismi mentali e le reazioni emotive che portano verso l'utilizzo della sostanza, intervenire sui processi cognitivi che portano all'abuso di sostanze.

La durata della psicoterapia offerta dal Ser.D. non è predefinita e la frequenza delle sedute varia in base ai modelli di riferimento e ai pazienti stessi.

In genere, l'approccio psicoterapico è indicato quando si riscontrano nel paziente queste caratteristiche:

- forte motivazione a comprendere sé stessi;
- sofferenza significativa e minima consapevolezza di essa;
- capacità di regredire al servizio dell'Io;

- tolleranza della frustrazione;
- capacità di comprensione di sé stessi (mentalità psicologica);
- intatto esame di realtà;
- relazioni oggettuali significative;
- buon controllo degli impulsi;
- capacità di mantenere un lavoro.

MODELLI DI TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICI A SUPPORTO DELLE TOSSICODIPENDENZE

- **Psicoterapia individuale o di gruppo**: tecniche psicoterapeutiche derivanti da diversi orientamenti sono state adattate al trattamento della dipendenza. Alcuni esempi sono: l'approccio psicodinamico, la psicoterapia supportivo-espressiva, quella interpersonale, le terapie cognitive-comportamentali, etc.
- **Terapia familiare**: rappresenta un aspetto importante nel trattamento integrato. In tale strategia sono importanti l'interazione, la comunicazione, i rapporti tra i membri del nucleo, le alleanze, i ruoli, le regole, i confini, i legami e gli stili di conflitto o di confronto.
- **Mindfulness**: ha come scopo principale quello di portare la persona a modificare il rapporto con le proprie esperienze interne. L'obiettivo è quello di sviluppare l'abilità di ognuno, di osservare la propria esperienza mentre accade e non solo quella di esserne il protagonista; la capacità del sé di osservarsi in azione in modo non giudicante e non orientato a modificare ciò che si sta osservando.
- **EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing - https://www.ipsico.it/sintomi-cura/emdr/*) è un protocollo psicoterapico efficace per il trattamento, tra l'altro, del disturbo da stress post traumatico (PTSD - https://www.ipsico.it/sintomi-cura/disturbo-post-traumatico-da-stress/). L'elevata associazione tra PTSD e la dipendenza patologica ha portato i clinici ed i ricercatori a immaginare l'EMDR come trattamento efficace anche per l'addiction.

DIRITTI NATURALI DI UOMINI E DONNE DIPENDENTI DA USO DI SOSTANZE (AUSPICABILI)

Ci sembra utile, in conclusione di questa esposizione, riportare alcuni punti che sono stati condivisi dal gruppo redazionale e che, pur in modo non esaustivo, richiamano l'importanza di avere una particolare attenzione al rispetto della persona e ai suoi bisogni e di ridurre i pregiudizi e l'atteggiamento di stigmatizzazione purtroppo ancora presente sia nell'ambito sociale che in diversi contesti sanitari.

- Il diritto di venire considerati come malati e non come viziosi (malattia è malattia, vizio è cattiva abitudine)
- Il diritto di ricevere spiegazioni chiare e semplici sulla propria patologia da persone che ne abbiano studiato e capito i meccanismi
- Il diritto di vedere la propria patologia inserita come materia di insegnamento accademico, al pari di tutte le malattie che affliggono il genere umano
- Il diritto di essere pensati come malati curabili piuttosto che casi disperati
- Il diritto di ricevere cure appropriate ed integrate da personale competente e non giudicante
- Il diritto alle sfumature: ogni paziente è diverso dagli altri
- Il diritto di ricevere un ricovero, nei casi gravi, senza che qualcuno lo debba implorare
- Il diritto alla comprensione, da parte di tutti i sanitari, che la dipendenza è una malattia cronico-recidivante, quindi soggetta a ricadute, che non vanno colpevolizzate
- Il diritto di ricevere attenzione adeguata alla qualità della vita e non solo all'astinenza dalle sostanze
- Il diritto di riuscire a sperare in un avvenire migliore

Fonte: Dott. Lugoboni - Lezione 1. Intro - Le dipendenze patologiche
www.youtube.com/watch?v=m7Cy2Qs90Kw

BIBLIOGRAFIA

Documenti video

- Dott. Fornasari – Le droghe e il cervello. https://video.unimi.it/media/711/3119/
- Dott. Lugoboni. Lezione 1. Intro - Le dipendenze patologiche https://www.youtube.com/watch?v=m7Cy2Qs90Kw
- Dott. Lugoboni. Lezione 2. I meccanismi delle Dipendenze https://www.youtube.com/watch?v=43Xi3MLRftY
- Dott. Lugoboni. Lezione 5. Eroina, metadone e burpenorfina - Recovery e qualità di vita https://www.youtube.com/watch?v=alPzcz-lBLs&list=PL6Ntpu1RfhBvhSTraOwDz2UXRSxT84FNU&index=4
- Dott. Lugoboni. Lezione 10. La motivazione e la ricaduta https://www.youtube.com/watch?v=-_ZrRQdeLuY&list=PL6Ntpu1RfhBvhSTraOwDz2UXRSxT84FNU&index=11
- Dott. Zamboni. Le dipendenze spiegate agli adolescenti. https://www.youtube.com/watch?v=iRSCpmj-v9U&t=276s

Referenze bibliografiche di libero accesso

- In sostanza: Manuale sulle dipendenze patologiche https://play.google.com/store/books/details/In_Sostanza_Manuale_sulle_dipendenze_patologiche?id=5xJhDwAAQBAJ&hl=it&gl=US [accesso del 10.09.2023]
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022), Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo
- Ministero della Salute 2023. Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze, Anno 2022. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3388_allegato.pdf
- Buone prassi per il trattamento da disturbo da uso di oppiacei - ASL Bergamo
- Buone prassi per i trattamenti psicologici nei Ser.D. - ASL Bergamo
- Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze. www.federSer.D.it [accesso del 10.09.2023]

- Dipartimento per le Politiche Antidroga. Relazioni annuali al Parlamento. www.politicheantidroga.it [accesso del 10.09.2023]
- Il misuso e la diversione della terapia agonista nei SerT italiani: dati dello studio DeMoS. F. Nava, F.P. D'Egidio, I. Cecchini, S. Fregosi, A. Lucchini. Italian Journal of Addiction Research, vol 1, special Issue n. 1, dic. 2011. www.federSer.D.it/files/download/informa%2026.pdf [accesso del 10.09.2023]
- Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Dipartimenti_Dipendenze_web.pdf
- Dipartimento per le politiche antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri. I Ser.D. https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/

Libri

- A. Lucchini , P.F. D'Egidio. Uno sguardo sui SerT. La parola agli operatori e ai loro pazienti. Lo studio DeMoS, 2012. Franco Angeli Editore, Milano.
- P.F. D'Egidio, C. Leonardi (a cura di). La responsabilità dei professionisti nei Ser.T., Franco Angeli, Milano, 2012.
- A. Lucchini. Società, Consumi, Dipendenze, 2014. Franco Angeli Editore, Milano.
- A. Lucchini. Droghe, Comportamenti, Dipendenze, 2014. Franco Angeli Editore, Milano.
- L. Grosso, F. Rascasso (a cura di). Atlante delle Dipendenze. Gruppo Abele. Torino, 2017.
- M.Riglietta, R. Balestra, M. Grech, V. Lamartora (a cura di). Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze. Obiettivi, contesti di intervento e pratiche. 2023. Franco Angeli Editore, Milano.

Progetto realizzato con il contributo incondizionato di