



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**GESTIONE DELLA PERSONA TOSSICODIPENDENTE
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO TERRITORIALE
DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Relatore:
**Dott.ssa Francesca
Barbarini**

Tesi di Laurea di:
Angelica Vannini

A.A. 2018/2019

INDICE

Introduzione	3
CAPITOLO 1	
LE TOSSICODIPENDENZE	5
1.1 Definizione di tossicodipendenza.....	7
1.2 Tipologie di droghe ed effetti collaterali.....	9
1.3 Epidemiologia	14
CAPITOLO 2	
IL SERVIZIO TERRITORIALE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	18
2.1 Centro Diurno Fenice.....	19
2.2 Servizi offerti	20
2.3 Figure professionali presenti nel servizio	21
CAPITOLO 3	
PRESA IN CARICO DELL'UTENTE	24
3.1 Accettazione / accoglienza	25
3.2 Valutazione multidisciplinare.....	27
3.3 Trattamento	31
3.4 Prescrizione medicinali stupefacenti.....	33
3.5 Conservazione, preparazione e somministrazione dei farmaci.....	35
3.6 Affidamento del farmaco da parte del Servizio di cura.....	38
3.7 Dimissione	40
Capitolo 4	
REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO	41
4.1 Ruolo dell'assistente sociale.....	41
4.2 Tirocini	43
4.3 Tutoraggio.....	45
4.4 Diritti e doveri della persona durante il tirocinio	46
Conclusione	47
Bibliografia	49
Sitografia	50

Introduzione

Le droghe sono sostanze psicoattive capaci di alterare la sfera biologica, psicologica e sociale dell'individuo. A livello biologico, interferiscono sul funzionamento dell'organismo, andando ad alterare le funzioni cerebrali ed impedendo le normali attività delle cellule nervose. Il danneggiamento di queste cellule compromette anche il livello psicologico della persona, andando a modificare la sua capacità di adattamento sociale e all'ambiente circostante, provocando nell'individuo un forte disagio.

La persona, quando è dipendente da una sostanza, presenta una compulsione detta craving, al fine di ottenere benessere.

La dipendenza fisica si ha quando l'individuo ha maturato una tolleranza nei confronti della sostanza, quindi in caso di mancata assunzione di questa, la persona presenterà la sindrome di astinenza.

La dipendenza psicologica invece, è legata a quello che prova la persona nell'assumere la sostanza o nell'effettuare altre attività, come ad esempio nel caso del Gioco d'Azzardo.

Si arriva alla tossicodipendenza quando l'individuo ha una dipendenza dalla sostanza talmente elevata da danneggiare non solo l'individuo stesso che ne fa uso, ma anche la sua vita quotidiana, le persone che lo circondano e spesso anche i familiari.

Dall'ultimo rapporto del 2018 sull'Unione Europea dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), risulta che la droga maggiormente utilizzata tra i giovani adulti in età compresa tra i 15 e i 34 anni è la cannabis. Dai dati ottenuti si evince che l'Italia è seconda alla Francia.

L'uso di cocaina si trova al secondo posto, dopo la cannabis e, nell'ultimo anno, dimostra essere maggiormente utilizzata nella fascia d'età tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda questo tipo di droga, l'Italia si trova al settimo posto nella classifica europea.

Ho scelto di approfondire l'argomento sulla gestione della persona tossicodipendente, in quanto attualmente si ha un aumento, soprattutto nella fascia di età giovane adulta, dell'uso di sostanze psicoattive e nell'ambito della nostra professione ritengo sia importante saper gestire tale situazione.

Per l'analisi di questo tema ho fatto riferimento principalmente a diversi protocolli e linee guida, reperiti presso il Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche di Pesaro, oltre ad aver effettuato alcuni approfondimenti elaborati da documenti e siti di internet.

Per la stesura dell'epidemiologia della provincia di Pesaro e Urbino, avvalendomi della collaborazione del sociologo presente presso il Servizio Territoriale, ho realizzato diverse tabelle con i dati ricavati da un apposito sistema informatizzato dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Area Vasta1 (AV).

Il mio obiettivo nel descrivere il Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta 1 di Pesaro, il quale fa riferimento al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 "*Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*"¹, è evidenziare gli ambiti riguardanti l'assistenza che ogni professionista eroga all'interno e i metodi della gestione e presa in carico di questa tipologia di assistiti.

¹ Gazzetta Ufficiale, *Decreto del Presidente della Repubblica 9 Ottobre 1990 n. 309*, 1990
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>

CAPITOLO 1

LE TOSSICODIPENDENZE

Durante gli anni '70 si è affermato un nuovo fenomeno allarmante nelle società occidentali: la tossicodipendenza. Tale fenomeno era già presente in America negli anni '60. Eroina e cocaina erano le droghe, cosiddette pesanti, maggiormente diffuse. L'eroina veniva assunta soprattutto dai cittadini di alto ceto mediante iniezione in vena ed è comparsa in Italia nel '72. Colui che ne faceva uso ne rimaneva dipendente, venendo definito dalla società come balordo, privo di volontà, trasandato e propenso a commettere reati. La cocaina, utilizzata dalla popolazione di basso ceto, veniva sniffata. Il dietilamide dell'acido lisergico (LSD), era un allucinogeno soprattutto diffuso tra gli artisti. Poco conosciuto in Italia era il crack, una sorta di cocaina fumata. Le droghe qualificate come leggere erano Marijuana e Hashish, che venivano fumate. Solo negli anni '70 si è iniziato a prendere consapevolezza della gravità del problema, date le numerose morti di overdose.

Questo fenomeno veniva affrontato da un punto di vista legislativo attraverso l'attuazione di leggi punitive per i consumatori di droga. Enti privati e religiosi diedero vita a strutture assistenziali, nelle quali si effettuavano ricoveri per iniziare la disintossicazione dalla droga. Queste strutture vennero denominate comunità e prevedevano programmi educazionali, lavorativi e religiosi con aspetti medico-clinici e psicologici.

Negli anni '80 si diffuse tra i tossicodipendenti una nuova infezione: l'HIV (Human Immunodeficiency Virus), un virus che colpisce i globuli bianchi rendendo il sistema immunitario debole e facilmente attaccabile da altri virus e batteri. Per limitarne la diffusione le comunità consigliarono di evitare scambi di siringhe. Coloro che arrivavano in struttura spesso presentavano l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), uno stadio avanzato dell'HIV nel quale le difese immunitarie calano drasticamente, portando, all'epoca, a morte certa.

Coloro che aiutavano i malati di droga si divisero in due correnti politiche: da un lato la sinistra che prevedeva la riduzione del danno attraverso siringhe sterili, possibilità di ricoveri notturni, mensa, distribuzione di preservativi. Dal lato

opposto troviamo la destra che individuava nella forza di volontà del drogato il superamento della dipendenza.

In Italia vennero analizzati dei programmi terapeutici già presenti negli Stati Uniti, dando vita a dei gruppi chiamati "auto-aiuto" in stile americano, comprendenti l'associazione Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi. Lo Stato iniziò a interessarsi del problema dal punto di vista della cura. A seguito della chiusura dei manicomi, avvenuta per la legge Basaglia 180 del 1978, nacquero i Centri di Salute Mentale (CSM), che divennero le strutture di riferimento per coloro che facevano uso di droga. Intorno agli anni '80 le comunità di recupero vennero convenzionate con lo Stato e costituirono il cosiddetto Privato Sociale e le Organizzazioni Non Lucrative a Utilità Sociale (ONLUS). È di questi anni la comparsa in Italia di un farmaco capace di sostituirsi all'eroina, somministrato sotto forma di sciroppo: il metadone, un'agonista oppioide. Si prevedeva che questo trattamento inizialmente si sostituisse all'eroina, limitandone la dipendenza per poi essere sospeso gradualmente.

Con la legge n.162 del 1990 nacquero delle strutture pubbliche dedicate alle tossicodipendenze: i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T). Dopo qualche anno, si rilevò che l'utilizzo del metadone, a lungo andare, non appagava più la persona e per tale motivo gli assistiti riprendevano l'uso di eroina in dosi maggiori contemporaneamente al metadone. Si iniziò a provare un altro farmaco, un'antagonista oppioide, il naltrexone (Antaxone, Narcoral, Narcanon). Tale oppioide annullava gli effetti ricercati dalla droga e chi voleva mantenere quegli effetti ne sospendeva la somministrazione. Venne introdotta nel mercato anche la buprenorfina (Subutex), una compressa monodose da assumere quotidianamente, con un'emivita capace di coprire l'intera giornata. Negli anni '90, oltre all'uso di eroina si ebbe un incremento di cocaina e droghe sintetiche.

Per queste tipologie di droghe i farmaci utilizzati per il recupero degli eroinomani non producevano effetto. Si trattava di giovani, studenti, per i quali nacquero programmi specifici diurni a breve termine. A coloro che accedevano al Ser.T venivano diagnosticate, successivamente alla presa in carico, psicosi, nevrosi e disturbi di personalità. Per questo motivo si iniziò a parlare di doppia diagnosi.

Una problematica tutt'ora attuale per i tossicodipendenti è l'overdose. Questa consiste nell'assunzione eccessiva di oppiacei, principalmente eroina, la quale, agendo sui centri respiratori, può portare a coma e morte per asfissia a causa dell'eccessivo rilassamento muscolare. Si manifesta con perdita di coscienza, difficoltà respiratoria, miosi pupillare, colorito bluastrò e confusione e va affrontata immediatamente con il naloxone. Il rischio di andare in overdose aumenta dopo un periodo di sospensione dell'uso di droga, poiché si è meno tolleranti e quindi in pericolo con una dose ritenuta abituale in precedenza.

1.1 Definizione di tossicodipendenza

“Con il termine di tossicodipendenza l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce una malattia ad andamento cronico-ricidivante che spinge l'individuo, in maniera più o meno coatta, ad assumere sostanze (droghe) a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza.”²

“Nel recente DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – una delle principali classificazioni diagnostiche in psichiatria), la categoria <<disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze>> ha conosciuto cambiamenti sostanziali rispetto alle edizioni precedenti del DSM: le categorie di <<abuso>> e <<dipendenza da sostanze>> sono state riunificate in un unico disturbo, misurato su un continuum da lieve a grave i cui criteri per la diagnosi sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi.”³

Il DSM 5 stabilisce le seguenti condizioni per effettuare diagnosi di un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS):

² Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, *Raccomandazione civica sulle tossicodipendenze*, 2009
http://www.federserd.it/files/download/20090629_raccomandazione_civica_sulle_tossicodipendenze.pdf

³ G.Calamai, *Uso e abuso di sostanze capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe*, Erickson, 2018

1. tolleranza: fenomeno per il quale è necessario aumentare gradualmente le dosi assunte per raggiungere gli stessi effetti sull'organismo;
2. astinenza: presenza di sintomi emotivi o fisici che si manifestano quando il soggetto non può assumere la sostanza;
3. interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative: l'uso di droghe e l'instaurarsi del disturbo provocano una serie di conseguenze (ad esempio conflitti con le persone affettivamente importanti, problematiche lavorative e influenze sulla considerazione di sé) che ledono progressivamente il funzionamento della persona;
4. tentativi inefficaci di ridurre e controllare l'uso della sostanza: tentativi, precedenti la richiesta di aiuto allo psicologo o ai servizi di assistenza, di riduzione d'uso o di controllo dell'assunzione. Si ha una fase in cui la persona è convinta di poter controllare da sola il proprio comportamento realizzando una modalità d'uso compatibile con la sua vita, i suoi impegni e i suoi doveri;
5. dispendio di tempo: tempo che l'individuo dedica alla ricerca, all'utilizzo o al riprendersi dagli effetti della sostanza. Tanto più la dipendenza è evidente quanto maggiore sarà il tempo dedicato alla sostanza nel corso della giornata. Nei casi più gravi è l'unica attività presente;
6. perdita di controllo sull'uso: presenza di un comportamento patologico nell'uso della sostanza, nonostante le conseguenze negative che ha apportato nel tempo. Definito carattere compulsivo del comportamento;
7. uso periodico con incapacità di eseguire i propri compiti: perdita del lavoro, interruzione degli studi, incapacità a adempiere i compiti familiari o genitoriali;
8. uso continuativo nonostante la consapevolezza che la droga rappresenti un problema: molte persone non si fermano nemmeno all'insorgere di gravi rischi per la salute, nemmeno di fronte all'insorgere di crisi familiari;
9. uso in situazioni a rischio: nel corso del tempo può accadere di sentirsi costretti a fare uso della sostanza nonostante si debba guidare o si debbano svolgere compiti di precisione, incompatibili con lo stato di alterazione dato dalle sostanze;

10. uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali:
uso di droga anche a discapito delle relazioni affettive;

11. craving: desiderio impulsivo di assumere una sostanza psicoattiva.

Le sostanze stupefacenti provocano nell'individuo dipendenza sia fisica che psichica. Nel primo caso si parla di assuefazione, tolleranza e astinenza, per cui il fisico modifica il suo equilibrio in base alla sostanza assunta, ne richiede una quantità maggiore per mantenerne gli effetti, provocando sintomi legati ad astinenza nel momento in cui si sospende l'assunzione. Nel caso di dipendenza psichica, invece, si ha un bisogno psicologico di assumere la sostanza in quanto associata a uno stato di rilassamento, benessere, autostima e assenza di ansia.

È importante la distinzione tra abuso e consumo di sostanza. Nel primo caso si ha un'assunzione della sostanza in modo patologico, caratterizzata da segni di intossicazione, con un'incapacità di interromperne l'uso nonostante i problemi che tale sostanza provoca. Il consumo, invece, è legato alla curiosità della persona, alla moda e alla voglia di sperimentarne gli effetti.

Diversi psicoanalisti hanno notato che alcune persone sono più a rischio di altre per l'abuso di sostanze, in quanto potrebbero ereditare dai genitori la predisposizione alla dipendenza oppure potrebbero presentare dei disturbi della personalità, dell'Io e del Sé. Influiscono anche l'aspetto sociale e altri fattori come stress, povertà, iniziazione da parte di gruppi di amici o del partner. Si può quindi notare che il ricorso alle droghe costituisce anche un supporto per affrontare la vita e le difficoltà personali.

Le nuove scienze neurologiche definiscono una nuova dipendenza detta comportamentale, consistente in comportamenti anomali come il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), lo shopping compulsivo, le new technologies addiction (dipendenza da tv, social network, internet etc.), dipendenza da sesso, da lavoro e da relazioni affettive.

1.2 Tipologie di droghe ed effetti collaterali

L'oppio è un liquido lattiginoso contenuto all'interno delle capsule del papavero dell'oppio. Gli oppiacei più comuni sono: la morfina, il metadone e l'eroina.

La morfina, che viene impiegata in ambito medico per il trattamento del dolore, presenta un'emivita da 1 a 4 ore e viene metabolizzata a livello epatico. L'utilizzo protratto di tale sostanza può provocare dipendenza. Gli effetti collaterali possono essere nausea, vomito, mal di testa, sonnolenza e sudorazione.

Il metadone è un oppiaceo sintetico con effetti simili alla morfina, si presenta sotto forma di liquido e compresse, assunto per via orale ed è usato principalmente nei Ser.T per disintossicare le persone dipendenti da oppioidi. Viene in parte metabolizzato dal fegato e in parte immagazzinato e rilasciato lentamente nell'organismo, producendo una crisi di astinenza meno intensa e di minore durata rispetto alla morfina e all'eroina. L'uso continuativo determina col tempo l'assuefazione, che comporta tolleranza e dipendenza fisica, accompagnata, se sospesa, da crisi di astinenza e da dipendenza psicologica.

L'eroina è un derivato della morfina, sintetizzato in laboratorio. Si presenta sotto forma di polvere granulosa bianca, marrone, grigia, rosa o nera, in base ai differenti additivi utilizzati o dai tagli che ne diminuiscono la qualità. Viene sniffata, fumata, iniettata in muscolo o in vena e può essere mescolata con varie sostanze come talco e gesso. Il suo effetto dura dalle 3 alle 6 ore. Se un oppiaceo è assunto insieme ad altre sostanze sedative si può avere un potenziamento degli effetti. L'assunzione insieme a cocaina o anfetamine, invece, riduce la sedazione e aumenta l'euforia. L'astinenza da eroina può essere trattata anche con il Subutex, un oppiaceo sintetico utilizzato per curare la dipendenza da oppiacei, il cui principio attivo è la buprenorfina ad alte dosi.

Gli oppioidi agiscono sul sistema nervoso centrale alterando il rilascio dei neurotrasmettitori e quindi riducendo la percezione del dolore, attenuando l'ansia e le risposte emotive. L'uso può provocare depressione respiratoria, bradicardia, rallentamento psicomotorio, nausea, vomito e miosi pupillare. L'astinenza è caratterizzata da lacrimazione, rinorrea, midriasi pupillare, nausea e vomito, diarrea, febbre, insonnia, crampi e dolori muscolari.

La cocaina viene prodotta dalle foglie della pianta di coca che ha origine in Sud America. Nel mercato illegale si trova sotto forma di polvere bianca, cristalli, scaglie o tavolette. Dopo essere stata raffinata viene tagliata e miscelata con altre sostanze. Generalmente viene inalata e a volte strofinata sulle gengive, può

essere anche iniettata in vena oppure fumata. Una dose di cocaina sniffata di circa 20-30mg presenta gli effetti per non più di 40-60 minuti. Per chi si inietta la sostanza o la fuma, la durata degli effetti diminuisce fino a 10-20 minuti e questo porta l'individuo a ripetere l'assunzione. La cocaina agisce sul sistema nervoso centrale in base alla dose assunta e alla frequenza d'uso provocando:

- euforia: caratterizzata da insonnia, anoressia, affettività instabili;
- disforia: caratterizzata da malinconia, tristezza, apatia, difficoltà di concentrazione;
- paranoia: caratterizzata da allucinazioni e insonnia;
- psicosi: caratterizzato da ideazione paranoide, perdita del controllo degli impulsi e disorientamento.

A livello periferico l'aumentata liberazione di dopamina, adrenalina e noradrenalina provoca un'attivazione del sistema cardiovascolare, con conseguente tachicardia e ipertensione. Si presentano anche sintomi come tremori, contrazioni muscolari, midriasi pupillare e flushing cutaneo. La cocaina viene metabolizzata dal sangue e dal fegato e produce un'azione anestetica locale, data dal blocco della conduzione dell'impulso nervoso. Si sviluppa rapidamente tolleranza e dipendenza, per effetto del desiderio di sfuggire all'ansia e in questa fase il soggetto non si alimenta, presenta insonnia, è agitato ed aggressivo, a cui segue un crollo psicofisico della persona. Attualmente non esiste alcuna terapia specifica medica per chi è dipendente da cocaina ma si può intervenire con una terapia comportamentale.

“Il crack o base è un derivato dalla cocaina tramite un processo chimico (in gergo basatura) che elimina le impurità (in gergo taglio) e cristallizza la sostanza come base libera (free base).”⁴ Il nome deriva dal rumore che la sostanza produce quando viene fumata attraverso bottiglie di plastica, lattine o pipe apposite. È la forma di cocaina più forte perché ha una purezza che va dal 75%

⁴Comunità di recupero Narconon, *Tipi di droghe*
<https://www.comunitadirecupero.it/informazioni-vari-tipi-droghe.html>

al 95% ed è molto diffusa tra gli adolescenti in quanto ha basso prezzo di commercio. Già dalla prima esperienza provoca assuefazione.

La metanfetamina è una droga cristallina che viene sniffata, fumata o iniettata. Appartiene alla categoria della cocaina e viene comunemente detta speed o meth. Provoca assuefazione dal primo utilizzo e si manifesta con uno stato di agitazione elevato fino ad arrivare a comportamenti violenti.

Per quanto riguarda i cannabinoidi, Hashish e Marijuana, presentano una sostanza attiva che è un allucinogeno: il Delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), ossia una sostanza capace di alterare il modo in cui la mente percepisce la realtà circostante provocando effetti sedativi e rilassanti. La Marijuana è una sostanza ricavata dall'essiccazione di foglie e fiori di canapa mentre l'Hashish è una resina ricavata dalla lavorazione delle stesse foglie. Entrambe vengono fumate in una sigaretta detta in diversi modi tra cui canna, spinello e joint. Possono essere assunte anche mescolate a del cibo o come tisane. Tali sostanze a basse dosi danno sensazioni di leggerezza, aumento dell'appetito con sensazione di benessere fisico e psichico, mentre ad alte dosi possono provocare tachicardia, ansia, attacchi di panico, paranoia e nausea. I cannabinoidi vengono anche associati ad altre droghe come crack, cocaina per ottenere maggiori allucinazioni.

È stata riscontrata la comparsa a lungo termine, nei fumatori di cannabis, di atrofia cerebrale, che consiste nella riduzione funzionale e numerica dei neuroni encefalici e una perdita delle connessioni che tali neuroni hanno tra loro. Sono necessari ulteriori studi per determinare se effettivamente il fumo di THC può determinare tale fenomeno.

Tra le sostanze psicoattive sintetiche troviamo l'ecstasy o methylenedioxymethamphetamine (MDMA), che è sia stimolante che allucinogena, provoca un effetto di distorsione nella percezione e aumenta la sensibilità del tatto. L'assunzione avviene per via orale, si trova sottoforma di compresse e l'effetto dura dalle 3 alle 6 ore. L'ecstasy agisce principalmente sulla serotonina (sostanza del cervello che regola l'umore, il sonno e l'appetito), dando una sensazione di carica con perdita della stanchezza e dell'appetito.

L'MDMA se assunta in associazione ad alcool, altri farmaci o altre droghe può essere letale anche alla prima assunzione. Tra gli effetti troviamo tremori, eccessi

di caldo e freddo, disidratazione, crampi muscolari, pallore, midriasi pupillare, nausea e vomito. A livello centrale può portare ad insonnia, cefalee, ansia, aggressione e idee di suicidio.

L'LSD, è tra le droghe naturali più potenti che provocano alterazioni mentali, dette allucinogeni. Si trova sottoforma di gocce, capsule, quadratini gelatinosi o su carta assorbente divisa in piccoli quadrati decorati con disegni attribuiti al divertimento. L'LSD associato ad altri farmaci, alcool e droghe, può provocare danni irreversibili. Gli effetti più comuni sono le alterazioni visive caratterizzate da un'intensità elevata di determinati colori, deformazione degli oggetti, distorsione dei suoni, sbalzi d'umore che vanno dall'euforia al terrore e la percezione del pericolo che si deteriora. Il rischio di questa sostanza è che la persona a volte non riesce a distinguere se gli effetti sono derivati dalla droga o se è la realtà. Il trattamento consiste nel rassicurare la persona facendogli capire che ciò che sta provando è indotto dalla sostanza ed è transitorio.

L'alcool è la droga maggiormente utilizzata per il basso costo ed è legale. È la sostanza psicotropa responsabile dei maggiori danni alla persona, sia a livello fisiologico che psicologico. Tra i vari effetti che produce troviamo euforia, aumento del battito cardiaco e piacere nel dialogo. A dosaggi elevati si avrà sonnolenza, confusione mentale, rallentamento della frequenza cardiaca, respirazione difficoltosa e difficoltà nell'eloquio. Sovradosaggi portano ad un blocco respiratorio, coma e a volte alla morte. L'alcool viene spesso associato ad altre droghe per aumentarne l'effetto.

Da non sottovalutare la dipendenza da tabacco contenente il catrame, il quale presenta sostanze cancerogene che vanno a depositarsi nei polmoni e nelle vie respiratorie, oltre a sostanze irritanti che portano ad infezioni, bronchite cronica ed enfisema. All'interno del tabacco troviamo anche la nicotina, che influenza il sistema cardiovascolare e nervoso inducendo dipendenza. La nicotina provoca il craving per le sigarette, causando una dipendenza fisica e psichica tanto quanto l'eroina e la cocaina. Il fumo è la prima causa di morte evitabile. I sintomi di astinenza derivano da un arresto improvviso della nicotina e includono irritabilità, ansia, craving, stanchezza, aumento dell'appetito, depressione, mal di testa e risveglio notturno. La maggior parte delle persone non riesce a smettere di fumare

da sola. La terapia può essere effettuata attraverso counseling, farmacologicamente con farmaci sostitutivi alla nicotina e in seguito vengono attivati dei follow-up per la verifica dei risultati ottenuti.

1.3 Epidemiologia

All'interno del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 1 viene utilizzato un programma chiamato Ippocrate, con il quale i professionisti registrano ogni accesso da parte degli utenti a prescindere che abbiano ricevuto o meno un trattamento. Ogni anno il sociologo analizza le entrate andando a valutare le sedi con maggior afflusso di persone, il sesso e le fasce d'età maggiormente colpite. Inoltre, valuta diversi aspetti riguardanti il motivo dell'accesso da parte dell'utente, tra cui: la tipologia di sostanza, il titolo di studio, lo stato occupazionale e le modalità di accesso. In questo caso abbiamo preso in considerazione solo persone che hanno ricevuto un trattamento dall'anno 2012 al 2018.

Nella tabella 1 sono stati riportati gli accessi totali degli utenti, riceventi un trattamento dall'anno 2012 al 2018. Da questi dati possiamo notare che il servizio accogliente il maggior numero di persone sottoposte a un trattamento è Pesaro con il 39,7%, seguito da Fano con il 27,4%. Le persone registrate negli anni presi in considerazione sono 1929, di cui l'11,7% ha ricevuto il trattamento all'interno del carcere e nel solo anno 2018 gli accessi registrati sono stati il 31,0% del totale.

Tabella 1 Accessi totali degli utenti riceventi un trattamento nelle varie sedi del DDP dall'anno 2012 al 2018

STDP	TOTALE	PERCENTUALE
URBINO	333	17,5%
FOSSOMBRONE	303	15,7%
PESARO	765	39,7%
FANO	528	27,4%
TOTALE	1929	100,0%
IN CARCERE	225	11,7%
NUOVI ACCESSI NEL 2018	598	31,0%

All'interno del DDP, come riporta la tabella 2, il 78,8% sul totale 1929 degli utenti è maschio.

Tabella 2 Accessi totali femmine e uomini dall'anno 2012 al 2018

SESSO	TOTALE	PERCENTUALE
FEMMINE	417	21,6%
MASCHI	1512	78,4%
TOTALE	1929	100,0%

Come si può vedere dalla tabella 3, si ha un maggior accesso al servizio nella fascia d'età che va dai 35 ai 44 anni, con una percentuale del 28,1%. Con l'aumentare dell'età si ha una diminuzione della percentuale di accesso all'interno del DDP.

Solo nel 2018 la fascia d'età compresa fra i 14 e i 24 anni presenta una percentuale del 21,1%, mostrando un forte aumento rispetto agli anni precedenti, mentre per la fascia di età che va dai 35 ai 44 anni la percentuale degli accessi nel 2018 rappresenta il 25,3% del totale.

Tabella 3 Accessi al servizio in base alle fasce d'età tra il 2012 e il 2018 a confronto con gli accessi del solo anno 2018

ETA'	TOTALE UTENTI	PERCENTUALE	TOTALE UTENTI	PERCENTUALE
	2012-2018	2012-2018	2018	2018
14-24	226	11,7%	126	21,1%
25-34	372	19,3%	121	20,2%
35-44	542	28,1%	151	25,3%
45-54	515	26,7%	123	20,6%
55-64	207	10,7%	51	8,5%
>65	67	3,5%	26	4,3%
TOTALE	1929	100,0%	598	100,0%

Nella tabella 4 sono mostrate le principali dipendenze registrate dal DDP nel periodo dal 2012 al 2018, dove si evidenzia una dipendenza maggiore per

l'eroina (652 casi) e l'alcool (496 casi). Facendo riferimento alle principali dipendenze trattate all'interno del DDP registrate nel 2018, si nota che:

- i casi di dipendenza da alcool sono 170, ossia il 34,3% rispetto al periodo di riferimento 2012-2018;
- i casi di dipendenza da eroina sono 135, ossia il 20,7% rispetto al periodo di riferimento 2012-2018;
- i casi di dipendenza da cannabinoidi sono 104, ossia il 40,0% rispetto al periodo di riferimento 2012-2018;
- i casi di dipendenza da cocaina sono 71, ossia il 32,0% rispetto al periodo di riferimento 2012-2018;
- i casi di dipendenza da GAP sono 44, ossia il 40,7% rispetto al periodo di riferimento 2012-2018.

Tabella 4 Principali dipendenze registrate all'interno del DDP nel 2018 rispetto al periodo di riferimento 2012-2018

PRINCIPALI DIPENDENZE	DAL 2012 AL 2018	2018	
		No. casi	% casi rispetto al periodo 2012-2018
ALCOOL	496	170	34,3%
FARMACI NON PRESCRITTI ¹	21	9	42,9%
EROINA	652	135	20,7%
BUPRENORFINA NON PRESCRITTA	11	1	9,1%
CANNABINOIDI	260	104	40,0%
COCAINA	222	71	32,0%
GAP	108	44	40,7%
METADONE NON PRESCRITTO	7	2	28,6%
NESSUNA SOSTANZA	42	2	4,8%
ALTRO ²	106	56	52,8%
TABACCO	4	4	100,0%
TOTALE	1929	598	31,0%

Note:

1. Si intendono tutti quei farmaci che non contengono buprenorfina e metadone;
2. La presente voce rappresenta tutti gli utenti che sono stati registrati senza specificare il tipo di dipendenza.

Dalle registrazioni effettuate all'interno del DDP risulta che chi fa uso di alcool, eroina e cocaina hanno una occupazione lavorativa stabile ed accedono al servizio volontariamente. La maggior parte degli utenti con dipendenza da cannabinoidi invece, risultano disoccupati e accedono tramite prefettura.

IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) monitora i consumi dei vari tipi di sostanze all'interno della popolazione. *“Nel 2017 grazie al progetto Monitoring del Dipartimento Politiche Antidroga, l'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha potuto mettere in cantiere una nuova rilevazione a carattere nazionale”*.⁵ È risultato che più di 93 milioni di persone (tra i 15 e i 64 anni) hanno provato sostanze e la maggior parte sono uomini. La sostanza più utilizzata è la cannabis, seguita dalla cocaina, poi dall'MDMA e amfetamine.

⁵ C Sorio, C. Cenacchi, *Rapporto Osservatorio Dipendenze Patologiche*, 2018
http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/staff/osservatorio-epidemiologico/RapportoOsservatorioDipendenzePatologiche2016_def.pdf

CAPITOLO 2

IL SERVIZIO TERRITORIALE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta n.1, costituisce il servizio pubblico ASUR ed eroga i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti relativamente all'abuso di sostanze. Questi ultimi sono delle prestazioni e dei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fornisce a tutti i cittadini, gratuitamente o attraverso il pagamento di un ticket, con le risorse pubbliche raccolte attraverso il pagamento delle tasse, facendo riferimento al "*DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*"⁶. Il DDP si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione da uso di sostanze e dipendenze comportamentali quali Gioco d'azzardo, net addiction, etc. Tale Dipartimento fa riferimento al "*DGR (Deliberazione della Giunta Regionale) n. 747/04 – Linee guida regionali per la costruzione dei percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR*"⁷ e si divide in diversi Servizi Territoriali delle Dipendenze Patologiche (STDP). A loro volta questi ultimi si frazionano in Unità Operative (UO), che possono essere complesse, come quelle di Pesaro e di Urbino, oppure semplici come Fano e Fossombrone. Tutte le UO, un tempo definite Ser.T, si trovano all'interno della provincia di Pesaro e Urbino.

L'utente può accedere ai servizi territoriali in diversi modi: volontariamente, tramite richiesta da parte della famiglia, direttamente dal carcere, tramite altri servizi sociali e attraverso la prefettura. Il servizio si prende carico solo di persone

⁶ Gazzetta Ufficiale, *Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, 2017*
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>

⁷ Giunta Regionale, *DGR 154/09, 2009*
http://www.ambito20.it/Public/normative/allegato/31_DGR-linee_guida_percorsi-assistenziali_0154_09.pdf

a cui viene accertata la dipendenza risultante da esami delle urine ed ematici e convinte di voler iniziare un percorso di cura.

Due volte a settimana si effettuano riunioni d'equipe per discutere i casi e valutare, in accordo tra tutti i professionisti, il tipo di trattamento sanitario che l'utente necessita. Viene discusso anche l'andamento del percorso delle persone già in carico e insieme viene valutata l'eventuale necessità di inserimento in Comunità o le modifiche da apportare al trattamento. La richiesta di accesso presso le Comunità Terapeutiche può essere effettuata o dall'utente stesso o dall'accordo di tutta l'equipe dell'STDP ed è l'assistente sociale che si occupa di individuare la Comunità più idonea alla persona.

Il personale deve garantire e tutelare la privacy della persona e se richiesto, quando possibile, garantirne l'anonimato. Deve inoltre rispettare i tempi d'attesa per la prima visita, che sono cinque giorni dalla richiesta da parte dell'utente, salvo rinvii richiesti da lui stesso. Iniziato il percorso, ogni tre mesi si effettua una valutazione della persona, allo scopo di analizzare l'andamento del programma terapeutico, anche se l'utente si trova all'interno di una Comunità.

Le dimissioni possono avvenire per: conclusione del trattamento, interruzione da parte della persona e trasferimento ad altro servizio.

All'interno del servizio STDP accedono anche coloro che vogliono verificare la presenza di HIV ed Epatiti attraverso prelievo ematico.

2.1 Centro Diurno Fenice

Il Centro Diurno Fenice si trova a Pesaro ed è una comunità terapeutica semiresidenziale nata nel 1991, la quale accoglie principalmente utenti di giovane età compresa tra i 17 e i 35 anni di entrambi i sessi. L'equipe è composta da:

- un responsabile, nella figura di uno psicologo o psicoterapeuta;
- un coordinatore, nella figura dell'assistente sociale;
- tre educatori;
- un medico psichiatra;
- un operatore per l'accoglienza serale;
- un operatore per l'ergoterapia, consistente nell'effettuare attività lavorative.

È data anche la possibilità di permanenza notturna. È prevista una fase iniziale caratterizzata da osservazione e orientamento, dove vengono stabiliti degli obiettivi personalizzati. L'utente può rimanere all'interno di tale centro per un periodo massimo di 24 mesi, durante il quale viene dato un supporto psicologico e educativo, vengono realizzati lavori di gruppo per favorire la conoscenza di sé e le relazioni con gli altri, si effettuano colloqui con i familiari al fine di sostenerli durante il percorso, si gestiscono gruppi educativi di auto-aiuto, gruppi di prevenzione delle ricadute, gruppi informativi sulle sostanze, attività culturali e di reinserimento socio-lavorativo.

A tale servizio si accede tramite l'STDP di residenza, che effettua una valutazione, e in accordo con l'equipe del Centro Fenice vengono stabiliti gli obiettivi che devono essere approvati e firmati dalla persona assistita, la quale dovrà raggiungerli nei tempi prestabiliti.

2.2 Servizi offerti

Gli STDP sono reti ambulatoriali che assicurano ai cittadini e alle loro famiglie interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso un'equipe multiprofessionale. Le prestazioni sono rivolte gratuitamente ai cittadini sia italiani che stranieri residenti nel territorio. Per i non residenti serve l'autorizzazione dell'STDP di residenza, mentre per gli stranieri irregolari vengono garantite solo le prestazioni in urgenza/emergenza.

Il servizio offre: accoglienza, diagnosi clinica con valutazione multidisciplinare, presa in carico con definizione di un programma terapeutico e riabilitativo individuale e consulenza specialistica ai reparti ospedalieri. Si effettuano:

- prestazioni mediche: visita medica, prescrizione e somministrazione dei farmaci, consulenza psichiatrica, prevenzione e controllo delle malattie infettive, monitoraggio clinico;
- prestazioni psicologiche: sostegno psicologico, psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo;
- prestazioni sociali: reinserimento sociale e socio-educativo, con lo scopo di recuperare l'autonomia.

2.3 Figure professionali presenti nel servizio

All'interno dell'STDP troviamo le seguenti figure: medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, assistenti sanitari, operatori socio-sanitari (OSS) e infermieri.

Qui si analizzano i compiti dell'infermiere, dell'OSS, dell'assistente sociale, dell'assistente sanitario e del sociologo.

*"D.M (Decreto Ministeriale). 14 settembre 1994, n. 739 afferma che: L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*⁸. L'infermiere si occupa dell'assistenza individualizzata e globale della persona e attraverso il Processo di Assistenza Infermieristica (P.A.I.) ne identifica i problemi di salute, i fattori di rischio, si pone degli obiettivi e attraverso degli interventi infermieristici cerca di raggiungere tali obiettivi nel periodo prefissato. Infine, valuta i risultati ottenuti e se necessario applica le modifiche al P.A.I., oltre a promuove stili di vita sani e prevenire le patologie infettive. L'assistenza infermieristica in questo servizio non pone come problema centrale la malattia ma le conseguenze che essa ha sull'autonomia della persona e sull'educazione sanitaria, a livello fisiologico, psicologico e sociale. Tutto questo avviene grazie al contatto diretto che l'infermiere ha in ambulatorio con l'utente e la famiglia, prendendosi cura dell'assistito, supportandolo in tutto il percorso, favorendo un'assistenza personalizzata che soddisfi i bisogni della persona, aiutandola a adattarsi allo stress e al disagio che la malattia porta. Alcune prestazioni assistenziali dell'infermiere sono:

- controllare l'assunzione corretta della terapia;
- effettuare il prelievo ematico;
- controllare che la raccolta delle urine avvenga correttamente;
- rilevare i parametri vitali;
- educare la persona a riconoscere i comportamenti a rischio per evitare di contrarre patologie infettive;

⁸ Ministero della Sanità, *Decreto 14 settembre 1994 n. 739*, 1995
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>

- collaborare con il medico nella visita e con gli altri professionisti;
- controllare l'esame tricologico;
- occuparsi della gestione e custodia dei farmaci stupefacenti;
- registrare le somministrazioni dei farmaci;
- controllare le scadenze dei farmaci.

L'OSS all'interno dell'STDP ha il compito di supportare l'infermiere durante le attività di accoglienza e accettazione, svolgimento di attività amministrative di protocollo dei documenti in arrivo e in partenza e la loro archiviazione, gestione ordini, magazzino, biancheria e materiale sanitario, tenuta del registro dei rifiuti speciali, invio delle richieste di interventi di manutenzione, gestione delle telefonate e il trasporto dei campioni urinari in laboratorio tossicologico.

L'assistente sociale è colui che effettua l'accoglienza e la valutazione della persona per primo e porta il caso all'interno dell'equipe, per valutare insieme ai diversi professionisti la tipologia di trattamento che necessita l'utente. Osserva e valorizza le reti primarie (famiglia, amici e partner) e le reti secondarie (volontariato, hobby etc..) dell'utente, per condurlo a uno stato di benessere. Ha il compito di aiutare il soggetto a guardare in modo diverso la propria situazione e di aiutarlo nel riconoscimento del problema, osservando come viene affrontato il percorso e sostenendolo nel superamento delle difficoltà. L'assistente sociale verifica la situazione socio-ambientale, familiare, economica e lavorativa della persona e della famiglia. Si valuta se la persona necessita di assistenza economica da parte dei Servizi Sociali del Comune di residenza, offrendogli casa e lavoro con contratto da tirocinante, così come previsto dal "*DPR (Decreto del Presidente della Repubblica) 309/90 art. 121 e 75-Programmi socio-riabilitativi-provvedimenti amministrativi*"⁹, che si riferisce ai soggetti che hanno già svolto precedentemente programmi terapeutici, ritenuti dimessi dal Servizio o in dimissione con esito positivo rispetto la risoluzione della dipendenza.

⁹ Gazzetta Ufficiale, *Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309*, 1990
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>

L'assistente sanitario identifica i bisogni di salute, effettua una valutazione, interviene nel miglioramento della qualità del servizio, si occupa della prevenzione attraverso programmi di educazione alla salute, socio-riabilitativi e prevenzione delle ricadute. Promuove uno stile di vita sano, previene le malattie infettive, è in affiancamento all'infermiere nell'ambulatorio durante la somministrazione della terapia farmacologica, effettua counselling individuale, colloqui di educazione sanitaria sui rischi correlati all'uso di sostanze e colloqui per sostenere i familiari. Collabora con il medico per il controllo delle malattie infettive e nell'accompagnamento della persona verso la cura. In collaborazione con i sociologi raccoglie i dati statistici del territorio.

Il sociologo si occupa per fini statistici dell'analisi dei dati derivati da ogni STDP di tutta la provincia di Pesaro e Urbino, prendendo in considerazione: il numero di accessi, il sesso, l'età, il tipo di dipendenza per cui l'utente richiede aiuto, la modalità di ingresso al servizio, il tipo di trattamento ricevuto, se la persona è ancora in carico o è stata dimessa, lo stato civile e titolo di studio, al fine di analizzare l'andamento dei vari servizi nei diversi anni.

CAPITOLO 3

PRESA IN CARICO DELL'UTENTE

La persona richiede un appuntamento per iniziare il trattamento terapeutico per la dipendenza telefonicamente o tramite accesso diretto al Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche. A effettuare l'accoglienza dell'utente è l'assistente sociale che, tramite un colloquio, raccoglie le informazioni necessarie per poter presentare il caso in riunione d'equipe, la quale si svolge almeno due volte alla settimana. In tale riunione è richiesta la partecipazione di ogni professionista presente all'interno del servizio, compresa la direttrice del Dipartimento Dipendenze Patologiche AV1.

In prima analisi va verificato se l'utente è in carico presso un altro servizio oppure se si tratta di una persona già nota all'STDP dove si presenta e solo in questo caso va riammesso in carico riaprendo la cartella precedente. Quando l'utente è di primo accesso viene aperto un nuovo fascicolo personale cartaceo e informatico contenente tutte le informazioni di carattere sociale e sanitario, quindi tutto il percorso trattamentale della persona. Successivamente l'assistente sociale presenta il caso in equipe riportando i primi dati raccolti durante il primo colloquio e, in accordo con tutto il personale del servizio, viene programmato un secondo appuntamento con il professionista ritenuto adeguato alla sua situazione, con il quale iniziare il percorso di cura.

Se il professionista, che ha in carico la persona, vuole attuare delle modifiche al trattamento, come ad esempio quando l'utente ha fatto progressi nel percorso e può essere ridotta la sua dose di terapia, oppure quando ritiene necessaria l'introduzione della persona presso comunità terapeutiche perché l'assistenza da parte dell'STDP non gli è sufficiente, oppure quando ritiene opportuno un colloquio con un'altra figura professionale del servizio per intervenire su altri aspetti critici dell'utente emersi, oppure considera concluso il percorso trattamentale visti i progressi raggiunti, deve discuterne all'interno della riunione d'equipe, dopo la quale viene effettuata una valutazione multidisciplinare e in accordo con tutti gli operatori viene presa una decisione sul caso in esame.

A volte la persona arriva al servizio in astinenza e in tal caso viene richiesta una visita urgente con il medico psichiatra. Se è previsto l'inizio del trattamento

con suboxone è il medico stesso che chiede all'utente di presentarsi in astinenza da almeno 24 ore, mentre per la terapia con metadone non è necessario.

3.1 Accettazione / accoglienza

L'accettazione, che avviene tramite richiesta telefonica o con accesso diretto al servizio da parte dell'utente, può essere effettuata da tutte le figure professionali del servizio e consiste nell'inserire il soggetto richiedente il trattamento all'interno dei percorsi previsti dal Dipartimento Dipendenze Patologiche. L'operatore che effettua l'accettazione deve fornire tutte le informazioni inerenti al servizio come l'orario, in che modo raggiungerlo, di che cosa si occupa, inoltre accoglie la richiesta da parte della persona alla quale chiede: nome e cognome, recapito telefonico, comune di residenza, se è già noto al servizio e, nel caso si tratti di un minorenne, deve essere accompagnato da un genitore o dal tutore. Se l'accettazione viene effettuata tramite accesso diretto al servizio, e in quel momento è presente l'assistente sociale che si occupa dell'accoglienza, questa può essere effettuata nello stesso momento, altrimenti viene preso un appuntamento entro i cinque giorni lavorativi successivi alla richiesta.

Il colloquio di accoglienza si svolge solitamente in un solo incontro e raramente viene richiesto un secondo appuntamento. Questa fase comprende:

- ascoltare la persona e accogliere la sua domanda di aiuto individuando le motivazioni dell'accesso che possono essere volontarie o coatte e definirne i bisogni;
- acquisire le informazioni della sua attuale situazione socio-ambientale, familiare, economica e lavorativa;
- conoscere la storia della sua dipendenza per attivare gli interventi più appropriati;
- compilare il fascicolo personale cartaceo e informatizzato;
- illustrare tutte le fasi di valutazione e di presa in carico.

Attraverso questo colloquio l'assistente sociale esprime una sua prima valutazione, mettendo in luce i fattori di rischio individuali, familiari e sociali. Tale valutazione è ottenuta grazie ad una elaborazione di tutte le informazioni ricevute

durante la discussione con l'utente e con i suoi familiari se presenti. Il professionista individua le aree sociali che possono aver contribuito alla dipendenza, quelle che possono peggiorare la situazione ulteriormente e altre che rappresentano i punti forza per l'individuo.

Grazie al Decreto Ministeriale 28 maggio 1999 n. 329 *“Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124”*¹⁰ successivamente modificato dal Decreto Ministeriale 21 maggio 2001 n. 296 e dal regolamento delle malattie rare D.M. 18 maggio 2001 n. 279 *“Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124”*¹¹, le malattie croniche e invalidanti hanno diritto all'esenzione dal ticket per le prestazioni sanitarie. Queste malattie vengono raggruppate e identificate secondo dei codici e per quanto riguarda la dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcool è assegnato il codice di esenzione 014 *“in trattamento di disassuefazione o in Comunità di recupero: le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti”*.¹² Durante l'accoglienza il medico consegna all'utente un modulo da compilare per ottenere tale esenzione, necessario per poter effettuare, al secondo appuntamento, gli esami ematici, delle urine e iniziare la terapia.

La persona che è dipendente da alcool deve effettuare gli esami del sangue. Se serve un risultato istantaneo viene effettuato uno stick in ambulatorio, ma risulta essere poco valido perché prende in considerazione solo le ultime 24-48

¹⁰ Ministero della Sanità, *Decreto 21 maggio 2001 n. 296*, 1999

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-07-19&atto.codiceRedazionale=001G0354

¹¹ Ministero della Sanità, *Decreto 18 maggio 2001 n. 279*, 2001

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2001/07/12/160/so/180/sg/pdf>

¹² Ministero della Salute, *Patologie esenti dal pagamento*,

<http://www.laboratoriopoliziademocratica.org/SALUTE/ticket.htm>

ore. Se la persona accede per dipendenza da droghe, deve eseguire solo l'esame delle urine, che avviene sotto il controllo di una telecamera a circuito chiuso, senza registrazione, per evitare falsificazioni durante la raccolta. A volte è necessario uno stick urinario immediato, che può confermare la presenza di cinque sostanze: eroina, cocaina, metadone, buprenorfina e cannabinoidi.

È l'assistente sociale, in quanto è il referente del percorso di valutazione, a dare inizio alla procedura di valutazione multidisciplinare.

3.2 Valutazione multidisciplinare

La valutazione multidisciplinare si realizza per identificare e analizzare la richiesta di aiuto della persona con dipendenza e diagnosticare le patologie correlate a essa. Durante la valutazione si mettono in evidenza le aree problematiche e le risorse della persona, si effettua una diagnosi medica, si evidenzia l'aspetto psicologico, psichiatrico e sociale, si formula una diagnosi secondo i criteri dell'ICD-10 (International Classification of Diseases) e del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual), viene elaborata una diagnosi funzionale, comprendente sia i fattori ostacolanti (sintomi, limitazioni del funzionamento personale e sociale e fattori ambientali) che i fattori favorenti (risorse personali, sociali e ambientali) la salute, si evidenziano i bisogni terapeutici specifici per l'utente, si definiscono le aree su cui intervenire e gli obiettivi da realizzare per ciascuna area individuata e, infine, viene avviato il Programma Terapeutico Integrato Individualizzato (PTII).

Viene individuata la figura professionale di riferimento più idonea per l'utente detta case manager, la quale dovrà compilare la scheda di valutazione funzionale contenente un punteggio minimo di zero e uno massimo di quaranta punti ed esserne il referente. Nella tabella 5 viene illustrata la scheda di valutazione del livello di abilità della persona, che può essere scarso, discreto o buono, in diversi aspetti:

1. autonomia personale, relazionale e sociale comprende: abilità della persona nella cura di sé, abilità domestiche, gestione dell'ambiente di vita, abilità interpersonali o sociali a scuola o al lavoro, capacità di orientamento

- e accesso alla rete sociale, di adattarsi all'ambiente, ai cambiamenti e di gestire il tempo libero. Presenta un punteggio massimo di 12;
2. identità e senso di sé comprende: capacità di scelta e di iniziativa, autostima e sicurezza in sé stesso, riconoscere, gestire e controllare le proprie emozioni e capacità di tollerare la frustrazione senza cadere in un atteggiamento tossicomano. Presenta un punteggio massimo di 10;
 3. abilità di coping e vulnerabilità allo stress comprende: capacità di agire e di reagire in modo adeguato di fronte alle avversità, di affrontare gli eventi stressanti e di controllare il comportamento tossicomano, capacità di riconoscere i fattori di rischio, di individuare i fattori di stress e capacità di rispondere senza il comportamento tossicomano ai fattori di stress. Presenta un punteggio massimo di 6;
 4. abilità assertive comprendono: capacità di esprimere i propri bisogni, le proprie opinioni in modo chiaro ed efficace rispettando l'altro. Presenta un punteggio massimo di 2;
 5. abilità cognitive comprendono: memoria, attenzione, concentrazione, capacità di pianificazione e soluzione dei problemi, cognizione sociale (cogliere i segnali che provengono dal contesto intorno). Presenta un punteggio massimo di 10.

Tabella 5 Scheda di valutazione funzionale

1. AUTONOMIA PERSONALE, RELAZIONALE E SOCIALE

PUNTI __/12

Abilità della persona nella cura di sé

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Abilità domestiche, gestione dell'ambiente di vita

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Abilità interpersonali/sociali nel contesto scuola/lavoro

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di orientamento e accesso alla rete sociale di riferimento

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di adattamento all'ambiente e ai cambiamenti

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di gestione del tempo libero

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

2. IDENTITA' E SENSO DI SE'

PUNTI __/10

Capacità di scelta e di iniziativa autonoma

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Autostima e sicurezza in sé stesso

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Saper riconoscere le emozioni

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Saper gestire e controllare le emozioni

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di tollerare la frustrazione senza cadere nell'atteggiamento tossicomano

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

3. ABILITA' DI COPING E VULNERABILITA' ALLO STRESS**PUNTI __/6**

Capacità di agire e di reagire adeguatamente di fronte alle avversità, di affrontare gli eventi stressanti e di controllare il comportamento tossicomanico

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di riconoscere i fattori di rischio, di individuare gli eventi quotidiani (fattori di stress), di fronte ai quali la persona si disorganizza anche con l'atteggiamento tossicomanico

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di rispondere senza il comportamento tossicomanico ai fattori di stress

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

4. ABILITA' ASSERTIVE**PUNTI __/2**

Capacità di esprimere i propri bisogni e le proprie opinioni, in maniera chiara ed efficace, rispettando l'altro

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

5. ABILITA' COGNITIVE**PUNTI __/10****Memoria**

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Attenzione

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Concentrazione

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Capacità di pianificazione/soluzione dei problemi (problem solving)

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Cognizione sociale (capacità di cogliere i segnali che provengono dal contesto circostante)

Scarsa (0)	Discreta (1)	Buona (2)
------------	--------------	-----------

Se durante la valutazione risulta urgente effettuare un trattamento farmacologico, il medico può iniziarlo prima di concludere questa fase. Il tempo previsto per terminare la valutazione è compreso tra i trenta e i sessanta giorni, il numero degli incontri viene annunciato nei protocolli localmente concordati fra le diverse figure professionali.

Le figure professionali che sono ritenute necessarie per l'utente riportano nella seconda riunione il risultato della valutazione con lo scopo di condividere e concordare insieme al resto dell'equipe gli aspetti diagnostici e funzionali del caso. Tutte le informazioni ricevute fino a questa fase vengono utilizzate per compilare il quadro diagnostico, secondo i riferimenti del DSM-V e l'ICD-10, e per integrare la diagnosi funzionale già precompilata dal referente del percorso di valutazione. Tutta l'equipe ha il compito di formulare gli obiettivi terapeutico-riabilitativi relativi alle problematiche riscontrate. In tale riunione viene nominato il case manager in base agli obiettivi che sono stati individuati.

Viene effettuata una sintesi della discussione per poi essere riportata dal case manager nella scheda di valutazione funzionale, da allegare al fascicolo sanitario personale dell'utente. Al termine della riunione, l'equipe formula un PTII, che verrà presentato dal case manager il prima possibile all'utente con cui ne discuterà le modalità operative. Se la persona non approva il PTII, si cerca un accordo tra utente e case manager, che verrà poi firmato dall'utente stesso, per poi essere nuovamente discusso dall'equipe. Può succedere che tra utente e case manager non si trovi un accordo e il caso viene discusso nuovamente in riunione fino ad arrivare a una conclusione concordata con tutti i professionisti.

Quando si tratta di un caso di alta complessità e l'equipe non riesce a trovare un accordo comune, il PTII viene sottoscritto dal Coordinatore del Dipartimento.

3.3 Trattamento

Il trattamento consiste nell'attuare i metodi di cura per raggiungere gli obiettivi di salute individuati durante la valutazione d'equipe e accordati con l'utente tramite il PTII.

Una volta individuato il piano, il case manager avvia il trattamento, il quale viene completato facendo riferimento ai Protocolli Professionali Localmente Concordati (PPLC) del DDP, che si dividono in diagnosi e trattamento medico e psicologico, e valutazione e trattamento sociale ed infermieristico, con integrazione dell'assistente sanitario e dell'OSS. Per tutto quello che non viene definito nei PPLC, si fa riferimento alle Linee Guida e al Codice Deontologico di ciascuna professione.

Ogni professionista è responsabile della valutazione e del monitoraggio del trattamento da lui stabilito. Se durante il monitoraggio risulta presente una situazione di grosso impatto sugli obiettivi prestabiliti nel PTII, il professionista consulta il case manager, il quale richiede il prima possibile una riunione d'equipe di trattamento per valutare la situazione attuale. Può essere richiesta la presenza dell'utente o lui stesso la può chiedere. I professionisti responsabili del trattamento decidono insieme come procedere e, se ritengono necessario, convocano una riunione con tutta l'equipe per la valutazione del nuovo piano terapeutico. Il case manager presenterà il nuovo PTII all'assistito, che dovrà, una volta approvato, firmarlo. Durante la riunione viene scritto un verbale, poi allegato al fascicolo personale dell'utente, e il case manager dovrà aggiornare le informazioni sul sistema informatizzato.

L'infermiere, per il raggiungimento degli obiettivi individuati, fa riferimento agli undici modelli funzionali di Gordon:

1. percezione/gestione della salute: adesione al piano terapeutico e attività di promozione della salute;
2. nutrizione e metabolismo: condizione della cute, denti, capelli, unghie, mucose, altezza e peso e bilancio idroelettrolitico;
3. eliminazione: frequenza delle evacuazioni, modello di eliminazione, dolore alla minzione, aspetto delle urine e delle feci;
4. attività ed esercizio fisico: attività fisica, hobby, attività di vita quotidiana;
5. riposo e sonno: percezione della qualità e della quantità del sonno e di energia, uso di sonniferi;
6. cognitivo/percettivo: vista, udito, gusto, tatto, odorato, percezione del dolore, linguaggio, memoria;
7. sessualità e riproduzione: difficoltà relative alla funzione sessuale, soddisfazione nella relazione sessuale e storie di gravidanze e parti;
8. ruolo e relazioni: percezione dei ruoli primari e responsabilità connesse;
9. percezione e concetto di sé: benessere corporeo, immagine corporea, stato emotivo, percezione delle proprie capacità, postura, sguardo e tono della voce;

10. adattamento e tolleranza allo stress: comportamenti che la persona usa per affrontare lo stress, capacità di controllare e gestire le situazioni;

11. valori e convinzioni: credo religioso, valori di vita, conflitti tra valori e convinzioni relativi alla salute e pratiche religiose particolari.

L'infermiere, sulla base dei dati raccolti, valuta quale modello, tra quelli indicati sopra, sia funzionale o disfunzionale per l'assistito, e dai modelli disfunzionali formula alcune diagnosi infermieristiche, che rappresentano la base su cui fondare successivamente gli interventi infermieristici, con lo scopo di raggiungere i risultati. Il professionista valuta se gli obiettivi, precedentemente individuati e accordati insieme all'assistito e all'equipe, siano stati raggiunti o se sia necessario apportare alcune modifiche agli interventi.

3.4 Prescrizione medicinali stupefacenti

La prescrizione è l'atto con cui il medico stabilisce il farmaco che deve essere somministrato all'assistito. Per supportare il medico nelle sue decisioni cliniche, vengono utilizzati alcuni protocolli diagnostico/terapeutici condivisi ed elaborati secondo evidenze scientifiche e principi di appropriatezza. Per ottenere una migliore aderenza al piano terapeutico, l'utente deve essere coinvolto durante la prescrizione, la somministrazione e la consegna dei medicinali. Nella definizione del PTII, l'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede che il medico debba:

- definire il problema dell'utente;
- specificare l'obiettivo da raggiungere;
- verificare la possibilità del trattamento, considerandone l'efficacia e la sicurezza;
- effettuare la prescrizione;
- fornire tutte le informazioni, le modalità ed eventuali avvisi ai riceventi;
- monitorare i risultati e provvedere a eventuali modifiche.

Tutti questi punti precedono la prescrizione, la ricognizione e la riconciliazione farmacologica e sono da effettuarsi in caso di passaggio della cura ad altri servizi o strutture sanitarie e/o riabilitative. La ricognizione consiste nella raccolta di informazioni sulla persona e sui medicinali assunti a domicilio, deve essere

effettuata dal medico e/o infermiere e deve avvenire nella fase di accoglienza dell'utente nella struttura sanitaria o servizio oppure entro 24 ore dalla stessa.

Tali informazioni devono essere allegate alla cartella dell'assistito. Questa fase è fondamentale per effettuare una corretta riconciliazione, necessaria per il controllo critico della terapia che assume la persona. Questa fase deve essere effettuata dal medico che valuta la possibilità di proseguire la terapia in atto in contemporanea ai farmaci indicati nel caso specifico. L'esito della riconciliazione può portare a delle modifiche nella prescrizione. Per garantire la sicurezza è necessario che durante quest'ultima vengano considerati i fattori che possono incidere sulla somministrazione del farmaco come ad esempio le condizioni dell'assistito, il tipo di farmaco e il contesto assistenziale.

I farmaci utilizzati in Italia per la terapia di disassuefazione e mantenimento per la dipendenza da oppiacei sono il metadone e la buprenorfina. La prescrizione di tali farmaci deve essere effettuata dal medico dell'STDP su un piano terapeutico, con una durata massima di novanta giorni, in duplice copia, entrambe devono essere originali, con firma e timbro del medico prescrittore e firma dell'assistito. Una copia viene rilasciata all'utente, l'altra rimane presso il servizio che lo ha in carico.

Durante il PTII il dosaggio dei farmaci può essere modificato secondo le necessità della persona e ogni volta che si apporta una modifica deve essere aggiornato il piano terapeutico e convalidato con data e firma del medico.

Per controllare la sindrome di astinenza e del craving nella persona dipendente da alcol viene utilizzato come farmaco il sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico (GHB), per il quale non è previsto alcun piano terapeutico.

La prescrizione di metadone, buprenorfina e GHB deve avvenire dopo aver illustrato all'utente lo scopo del trattamento, la durata presunta, i possibili effetti collaterali ed eventuali interazioni con altri farmaci. Si invita l'assistito inoltre, a leggere le regole comportamentali che aiutano a superare la dipendenza e incoraggiano alla corretta assunzione e aderenza al trattamento. La prescrizione e la registrazione della somministrazione dei farmaci stupefacenti citati sopra prevede la tenuta di un registro di carico e scarico. Grazie al Decreto 11 maggio 2010 *“Modalità di registrazione con sistemi informatici della movimentazione*

delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle relative composizioni di cui alle tabelle allegate al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”¹³, le unità operative del DDP dell’Area Vasta 1 utilizzano un programma informatizzato che sostituisce il registro cartaceo di carico e scarico.

Per quanto riguarda il rifornimento dei farmaci, si verifica la quantità necessaria in proporzione alle terapie in atto degli assistiti e alle giacenze. L’ordine viene effettuato sul registro per l’approvvigionamento dei farmaci stupefacenti con la data, il timbro e la firma del medico e va poi consegnato alla farmacia. I farmaci vengono consegnati successivamente all’ambulatorio infermieristico dell’STDP.

L’infermiere si occupa del controllo dei farmaci, delle quantità ricevute ed eventuali discordanze vengono comunicate immediatamente alla farmacia. Infine, effettua la registrazione del carico e dello scarico nel registro informatizzato o cartaceo.

3.5 Conservazione, preparazione e somministrazione dei farmaci

I farmaci stupefacenti hanno l’obbligo di registrazione e devono essere conservati in un armadio chiuso a chiave, blindato o rinforzato. Ogni volta la chiave deve essere riconsegnata al coordinatore infermieristico, ma in sua assenza la custodia è affidata a uno degli infermieri presenti in turno. La Circolare 13 Gennaio 2000 n.2 *“Informazioni sulla temperatura di conservazione dei prodotti medicinali”*¹⁴, riferendosi alla Linea Guida comunitaria CPMP/QWP609/96, definisce l’obbligo di attenersi, per quanto riguarda il

¹³ Ministero della Salute, Decreto 11 maggio 2010, 2010

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/05/26/10A06353/sg>

¹⁴ Ministero della Sanità, Circolare 13 gennaio 2000 n. 2, 2000

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-02-18&atto.codiceRedazionale=000A1887&elenco30giorni=false

trasporto, la conservazione dei farmaci e le temperature, alle indicazioni riportate nell'etichetta. Se non è segnalata alcuna temperatura di conservazione, viene inteso che tale medicinale è stabile per sei mesi a 40°C (+/-2°C) e al 75% (+/-5%) di umidità relativa. Nel 1996 questi valori furono osservati nelle zone climatiche dei paesi dell'Unione Europea, per cui si è visto che la permanenza a temperature intorno ai 40°C non compromette l'efficacia e la sicurezza del farmaco.

La buprenorfina viene conservata a una temperatura non superiore i 30°C, per quanto riguarda il metadone non vi è indicata alcuna temperatura quindi si fa riferimento al limite dei 40°C. È consigliato conservare i farmaci in zone climatizzate con apposito termometro con registrazione per controllarne la temperatura. Gli assistiti, che ricevono queste tipologie di farmaci per la terapia domiciliare, devono ricevere le indicazioni necessarie per un trasporto in autoveicoli non climatizzati.

L'infermiere si occupa del controllo periodico della scadenza, posizionando le scatole dei farmaci in ordine a quest'ultima inoltre, è incaricato della somministrazione e affidamento dello stupefacente anche in assenza del medico prescrittore, facendo riferimento alla terapia. Tale professionista deve conoscere le caratteristiche e le modalità di utilizzo dei principali stupefacenti utilizzati.

La buprenorfina viene prescritta per la dipendenza da oppiacei, è disponibile in compresse somministrate in via sublinguale (Subutex compresse) e si presenta in diversi dosaggi: 0,4 – 2 - 8mg. Tali compresse di buprenorfina possono trovarsi in associazione con il naloxone (Suboxone compresse) disponibile in tre dosaggi: 2mg/0,5mg, 8mg/2mg e 16mg/4mg. Il suboxone è maggiormente utilizzato all'interno degli STDP dell'AV1, con lo scopo di deprimere l'uso improprio del farmaco. La confezione di questo farmaco risulta molto simile esteticamente per i diversi dosaggi, per cui si può verificare un aumento del rischio di errore in terapia, essendo facilmente confondibile. Per prevenire eventuali eventi avversi ed errori durante la somministrazione della terapia, si fa riferimento alla Raccomandazione n.12, riguardante la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike" (LASA), quindi per tutti quei farmaci che presentano una somiglianza grafica o fonetica del nome o

della confezione. L'infermiere deve mettere in pratica tutti quegli interventi riguardanti la gestione del Rischio Clinico, seguendo accuratamente i protocolli delle prestazioni che deve erogare.

Il dosaggio giornaliero può prevedere un'unica somministrazione oppure la combinazione di più compresse con dosaggio diverso.

Il metadone è l'agonista degli oppiacei più utilizzato per il trattamento di assuefazione e mantenimento. Sotto forma di sciroppo troviamo il metadone cloridrato racemico con diverse concentrazioni: 1mg/ml e 5mg/ml e il levometadone. Si deve considerare come unica unità di misura per il dosaggio il milligrammo per evitare errori di somministrazione.

Il GHB (Alcover) utilizzato per la disassuefazione da alcol etilico, pur non essendo uno stupefacente, necessita di una registrazione presso il registro di carico e scarico. Si trova in soluzione orale al 17,5%, disponibile in flaconi da 140ml e flaconcini da 10ml. L'unità di misura da prendere in considerazione per evitare errori durante la somministrazione è il millilitro.

Prima di ogni somministrazione degli stupefacenti l'infermiere deve:

- controllare il deposito del farmaco in cassaforte;
- verificare che la quantità del farmaco corrisponda a quanto riportato nel registro di carico e scarico;
- controllare l'integrità dei farmaci;
- verificare l'identità dell'assistito con il nome riportato nella prescrizione;
- controllare che l'utente non sia in uno stato di intossicazione;
- preparare la giusta dose prescritta da somministrare nella giornata;
- per quanto riguarda il metadone, versarlo in un bicchiere monouso e verificare che l'assistito lo abbia deglutito;
- nel caso di buprenorfina affidare le compresse all'utente, spiegargli come deve posizionarle nella zona sublinguale e invitarlo ad evitare la deglutizione di saliva fino alla completa dissoluzione. Mediamente ci vogliono dai 5 ai 15 minuti;
- segnalare eventuali discordanze nell'assunzione da parte della persona;

- il professionista deve registrare ogni somministrazione avvenuta nell'apposito programma informatizzato o nel registro cartaceo e deve segnalare, se presenti, le osservazioni effettuate;
- a fine turno controlla che i farmaci presenti nel registro corrispondano con quelli in cassaforte;
- deve effettuare una stampa del registro con l'avvenuta somministrazione che dovrà essere firmato dal responsabile dell'Unità Operativa;
- deve ricollocare i farmaci in cassaforte o nell'armadio blindato;
- deve riporre la chiave in un armadio chiuso.

3.6 Affidamento del farmaco da parte del Servizio di cura

Con il termine affidamento del farmaco si intende la sua consegna con l'autorizzazione alla gestione e all'assunzione all'assistito. Facendo riferimento al Decreto 16 novembre 2007 *“Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento”*¹⁵, è consentita la consegna all'utente degli stupefacenti da parte dell'STDP di cura, per una durata non superiore ai trenta giorni, al fine di favorire l'aderenza al trattamento. È autorizzata la consegna del medicinale ad un familiare o a una persona maggiorenne, che presenta una delega scritta dall'assistito che non può recarsi personalmente al servizio di cura. Tale impedimento deve essere dimostrato da una certificazione scritta ai sensi delle norme di legge vigenti.

La consegna dei farmaci viene effettuata solo a coloro che dimostrano una buona compliance al trattamento ossia che presentino buone condizioni cliniche, psico-fisiche e sociali, che mostrano un utilizzo corretto del farmaco e che siano sottoposti periodicamente ad una valutazione clinica multidisciplinare. L'uso corretto del medicinale prevede: un'assunzione regolare nelle dosi prescritte, una corretta custodia ed infine un uso esclusivamente personale. Occorre accertarsi

¹⁵ Ministero della Salute, *Decreto 16 novembre 2007, 2007*
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/11/29/07A10067/sg>

bene di quest'ultimo aspetto perché alcuni assistiti tendono a spacciare il farmaco a terzi compresi minori. L'uso scorretto del farmaco è frequente in coloro che soffrono di disturbi psichiatrici in concomitanza al consumo di sostanze.

Il responsabile della prescrizione e consegna per l'affidamento del farmaco è il medico. È consigliato affidare lo stupefacente a:

- persone sufficientemente conosciute;
- utenti in trattamento farmacologico stabile;
- assistiti che assumono regolarmente e correttamente la terapia;
- assistiti la cui diagnosi è stata definita in equipe;
- utenti la cui valutazione clinico-tossicologica denoti una rinuncia da sostanze psicoattive.

Per quanto riguarda la pratica, la consegna del medicinale prevede:

- una durata non superiore ai trenta giorni;
- un aumento graduale del numero dei giorni di consegna;
- si effettua a seguito di accertamenti di laboratorio con risultato negativo dell'uso di sostanze da almeno due settimane;
- in caso il risultato del laboratorio dimostri un uso recente di sostanza, viene ridotto il numero dei giorni di affido fino alla rivalutazione del caso;
- l'assistito che si presenta in ambulatorio per la consegna del farmaco, deve assumere la terapia del giorno in presenza dell'infermiere o del medico.

Se l'assistito viene trasferito in un altro servizio, valgono le indicazioni date dall'STDP di provenienza e, per quanto riguarda la gestione del trattamento, è sempre consigliato un contatto telefonico tra i professionisti dei diversi servizi. Il servizio che eroga la terapia può adottare modalità diverse di somministrazione e consegna dello stupefacente rispetto a quelle indicate dall'STDP inviante.

In caso di viaggio all'estero ci sono due moduli da consegnare all'assistito: il piano terapeutico e il modulo per l'espatrio. Si affida lo stupefacente solo per i giorni di viaggio perché poi dovrà proseguire la terapia presso un servizio sanitario del luogo dove si reca ed è indicata la consegna del farmaco ad un familiare o ad una figura di riferimento.

3.7 Dimissione

La dimissione avviene quando, in seguito alla valutazione d'equipe, risultano raggiunti gli obiettivi stabiliti nel piano terapeutico e quindi si può considerare concluso il percorso di cura della persona.

Il case manager si occupa di archiviare nel fascicolo personale dell'assistito il verbale della riunione d'equipe, contenente l'esito del programma a fine trattamento, con il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PTII e la motivazione della dimissione. Inoltre, aggiorna e chiude la cartella informatizzata dell'utente e, infine, comunica alla persona la conclusione del programma con la dimissione come valutazione finale.

A questa fase segue un programma di reinserimento sociale e lavorativo dell'utente con il supporto degli assistenti sociali.

Capitolo 4

REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO

Il programma di reinserimento socio-lavorativo, all'interno del Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche, viene effettuato durante il percorso terapeutico della persona assistita, la quale dalle analisi deve risultare negativa per almeno sei mesi a qualsiasi sostanza. Se l'utente invece si trova all'interno di Comunità Terapeutiche, il percorso di reinserimento inizia una volta che ha concluso il trattamento.

L'integrazione socio-riabilitativa e il reinserimento lavorativo sono considerati fondamentali per la prevenzione di recidive. Però a volte gli assistiti presentano delle difficoltà, in quanto spesso possiedono una bassa scolarità e non sono abituati ai ritmi lavorativi. Nonostante questo, vogliono mettersi in gioco per raggiungere uno stato di benessere e diventare indipendenti.

L'inserimento lavorativo risulta essere un elemento positivo per la persona, in quanto con il tempo raggiunge un'autonomia economica, si autorealizza, definisce maggiormente il concetto di Sé ottenendo autostima ed infine, può recuperare le competenze professionali e le relazioni che aveva prima della dipendenza.

Tutta questa fase viene gestita principalmente dall'assistente sociale.

4.1 Ruolo dell'assistente sociale

L'assistente sociale effettua una valutazione prima dell'inizio del programma di reinserimento socio-lavorativo, mettendo al centro la persona e cercando le cause che la hanno portata a fare uso di sostanze. Spesso capita che sia stato il lavoro a condurre l'individuo alla dipendenza, perché ad esempio:

- lavorava un numero eccessivo di ore;
- c'era un clima non favorevole con i colleghi;
- aveva un ritmo di lavoro frenetico;
- l'ambiente era disfunzionale e provocava in lui dello stress;
- il posto di lavoro si trovava troppo lontano dalla sua abitazione;
- la mancanza di un contratto sicuro;

- il tempo era insufficiente per le scadenze lavorative.

Inoltre, il professionista si occupa di rieducare l'individuo nelle competenze tecnico-professionali e socio-relazionali che probabilmente già aveva, per renderlo più sicuro ed entrare nuovamente a fare parte della società. Quindi, cerca di capire le precedenti esperienze lavorative della persona e fa leva sui suoi punti di forza, andando a cercare anche qualcosa di nuovo che all'individuo piace fare oppure andando a modificare gli elementi che prima erano disfunzionali.

L'assistente sociale pertanto, cerca di ridefinire i bisogni, gli aspetti di criticità e i punti di forza. A tale scopo ricorre a tirocini di carattere riabilitativo presso un'azienda pubblica o privata, sensibile ai temi dell'inserimento di questi soggetti, ed essendo il case manager di questo programma, definisce un progetto individualizzato, lo realizza e verifica l'avvenuto conseguimento degli obiettivi socio-riabilitativi.

Prima di iniziare il percorso, l'individuo firma un contratto contenente tutte le mansioni che egli stesso dovrà svolgere e gli obblighi da rispettare, come le analisi e i colloqui con l'assistente sociale, che verranno effettuati durante il percorso.

Le analisi vengono effettuate ogni settimana: la cocaina viene controllata due volte a settimana, l'eroina una volta a settimana, mentre per la cannabis è sufficiente una volta ogni quindici giorni.

Durante il tirocinio, la persona viene affiancata da un tutor aziendale individuato tra i lavoratori dell'azienda, e da un tutor territoriale individuato dall'assistente sociale tra gli educatori disponibili per il territorio. Quest'ultimo, si occupa di supervisionare l'individuo durante le ore lavorative e funge da tramite tra il tutor aziendale, la persona e l'assistente sociale. Quest'ultimo monitora l'impatto che il tirocinio ha sulla persona, nella sua famiglia e nelle sue aree sociali, perché a volte potrebbe presentarsi un peggioramento.

Il tutor territoriale controlla la persona anche al di fuori del lavoro, verificando l'utilizzo dei soldi guadagnati, le frequentazioni e l'impiego del tempo libero. Tale controllo avviene in quanto un male adattamento sul luogo di lavoro potrebbe portare l'individuo a frequentare nuovamente i tossicodipendenti ed impiegare il

denaro guadagnato per comprarsi la droga. In tal caso le analisi del sangue, obbligatorie di routine, risulterebbero positive e ciò potrebbe condurre l'individuo anche a rifiutarsi di effettuare tale controllo periodico. Al verificarsi di questa eventualità, viene sospeso subito il tirocinio e viene analizzata la causa che ha portato la persona ad avere atteggiamenti disfunzionali

Viene spiegato alla persona che in questo momento la priorità è fare un passo indietro, intervenire sui punti di criticità e, una volta risolti, procedere al reinserimento nel lavoro precedentemente svolto oppure iniziare in una nuova azienda con una nuova mansione.

Può accadere che, una volta concluso il percorso da tirocinante, si verifichi l'inserimento lavorativo vero e proprio, grazie ai risultati positivi riportati. Questo succede raramente perché le aziende sono molto caute verso questo tipo di assunzioni.

Le persone più grandi di età hanno dei periodi più lunghi di ripresa rispetto ad un giovane quindi, per una questione di protezione nei loro confronti e per ridurre al minimo il rischio di recidiva, vengono collocati in cooperative che diventeranno luoghi di osservazione.

4.2 Tirocini

I tirocini sono connessi al programma terapeutico individualizzato ed hanno valore educativo e formativo con una durata di tre mesi, prorogabili fino sei mesi e più raramente a dodici mesi, con conseguente inserimento successivo al lavoro vero e proprio. La durata viene concordata tra il soggetto promotore, il tirocinante e il soggetto ospitante, sulla base degli obiettivi previsti dal progetto formativo.

I tirocini sono finanziati dai Fondi Regionali e grazie alla DGR 747/04, la Regione ha dato inizio al riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche, creando una collaborazione con gli enti accreditati privati, che esercitano in questo settore senza fini di lucro.

I tirocini sono conseguiti in base a quanto previsto dalla DGR 1474/2017, contenente come oggetto: *“Recepimento ed attuazione dell’Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 25 maggio 2017 contenente le Linee Guida in materia di tirocini, ai sensi dell’art.1 commi 34 e 36 della L. n. 92/2012. Revoca*

della DGR n. 1134/2013¹⁶ e dalla DGR 293/2016 contenente come oggetto: “L.R. n. 32/2014 Art. 5 comma 1, L.R. n. 2/2005, art. 18: <<Tirocini finalizzati all’inclusione sociale>>. Approvazione principi applicativi in attuazione delle <<Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all’inclusione sociale, all’autonomia delle persone e alla riabilitazione>> approvate il 22/01/2015 dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni”¹⁷.

Il tirocinio prevede un contatto diretto tra il soggetto ospitante, che può essere pubblico o privato, e il tirocinante. Ha come obiettivo aumentare le conoscenze e acquisire nuove competenze professionali. Inoltre, prevede un inserimento o reinserimento lavorativo presso una sede situata nel territorio della Regione Marche e include un Progetto Formativo Individuale (PFI), che stabilisce gli obiettivi formativi da raggiungere e le modalità, concordato fra il soggetto promotore, che in questo caso si tratta dell’STDP, il soggetto ospitante e il tirocinante.

Il PFI deve contenere:

- i dati che identificano il soggetto promotore, il soggetto ospitante, il tirocinante, il tutor del soggetto promotore e il tutor del soggetto ospitante;
- lo scopo;
- il settore del soggetto ospitante;
- l’area professionale;
- la sede operativa del tirocinio;
- le assicurazioni obbligatorie previste;
- la durata e il periodo di svolgimento;
- le entità dell’indennità;

¹⁶ Giunta Regionale Regione Marche, DGR 1474/2017, 2017
https://tirocini.ing.univpm.it/files/DGR1474_17.pdf

¹⁷ Giunta Regionale Regione Marche, DGR 293/2016, 2016
http://www.norme.marche.it/Delibere/2016/DGR0293_16.pdf

- le attività previste dal tirocinio affidate al tirocinante;
- gli obiettivi e le modalità di svolgimento.

È compito del soggetto promotore: dirigere, monitorare il tirocinio, supportare il soggetto ospitante e il tirocinante all'inizio del percorso e nelle procedure amministrative, individuare un tutor territoriale per il tirocinante, elaborare il Dossier individuale, che consiste nell'evidenziare i risultati di apprendimento in termini di competenze, abilità e conoscenze e nell'indicare le conclusioni della valutazione dei vari comportamenti appresi durante la formazione.

Al soggetto ospitante invece, spetta garantire lo svolgimento del tirocinio in base agli obiettivi previsti dal PFI, indicare un tutor aziendale da affiancare al tirocinante durante le ore di lavoro, garantire alla persona un'informazione e una formazione riguardante la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro, fornire al tirocinante tutta l'attrezzatura necessaria per svolgere le attività previste, collaborare nella stesura del Dossier individuale del tirocinante e rilasciare l'Attestazione finale al soggetto.

Il tirocinante ha l'obbligo di rispettare quanto previsto dal programma formativo individuale.

4.3 Tutoraggio

Durante il percorso di tirocinio, alla persona vengono assegnati due tipologie di tutor: uno indicato dal soggetto promotore detto territoriale e uno indicato dal soggetto ospitante scelto tra i lavoratori, detto aziendale.

Il tutor territoriale effettua un colloquio con la persona, per poi svolgere insieme ad essa un incontro con l'azienda ospitante e dare inizio al programma e assolve a diverse funzioni: elabora il PFI con il soggetto ospitante, organizza e programma il tirocinio, monitora l'andamento del tirocinio seguendo il tirocinante in ogni fase, approfondendo i meccanismi di scorporo e i fattori utili per il processo riabilitativo, effettua colloqui periodici con la persona e il tutor aziendale, per parlare dell'andamento del programma, partecipa all'elaborazione del Dossier individuale e all'organizzazione dell'Attestazione finale.

Il tutor aziendale funge da responsabile durante tutto il percorso, affianca la persona al lavoro durante il periodo previsto dal PFI, collabora con il tutor

territoriale per monitorare l'andamento del tirocinio, supporta il tirocinante durante lo svolgimento delle attività, partecipa alla scrittura del Dossier individuale e quindi, all'Attestazione finale. Tale tutor deve possedere delle competenze professionali e delle esperienze tali da assicurare il raggiungimento degli obiettivi per tutta la durata del programma.

Entrambi i tutor collaborano per definire l'organizzazione riguardante lo svolgimento del tirocinio e garantire il monitoraggio del percorso formativo e la documentazione, con seguente attestazione del tirocinio svolto.

Alla conclusione del tirocinio, sia il soggetto promotore che il soggetto ospitante firmano l'Attestazione finale, la quale documenta tutte le attività che il tirocinante ha svolto, rilasciata sulla base dei risultati del PFI e del Dossier individuale.

4.4 Diritti e doveri della persona durante il tirocinio

Il tirocinante deve:

- svolgere le attività previste dal PFI seguendo le direttive di entrambi i tutor;
- rispettare l'ambiente di lavoro, mantenere una buona igiene, sicurezza e salute;
- rispettare la privacy dei dati, informazioni e conoscenze amministrative;
- effettuare il controllo periodico delle analisi del sangue e il colloquio con l'assistente sociale, previsti dal contratto di lavoro da lui firmato;
- effettuare un colloquio di confronto con l'assistente sociale qualora intenda interrompere il tirocinio.

Alla fine del periodo di tirocinio, al tirocinante viene rilasciata l'attestazione delle attività svolte, gli vengono riconosciute le competenze acquisite durante il tirocinio e ha diritto a ricevere l'indennità prevista dal progetto.

Conclusione

La tossicodipendenza è una problematica che venne presa in considerazione intorno agli anni '70, in seguito alle elevate morti da overdose. Questo fatto negli anni successivi diede vita a strutture accoglienti persone che avevano una dipendenza.

L'obiettivo del mio studio è quello di dimostrare l'importanza e la validità che ha il Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche nei confronti delle persone con dipendenze sia da sostanze che da gioco d'azzardo, internet, social network etc..

Dai dati della provincia di Pesaro e Urbino dall'anno 2012 al 2018, rilevati assieme al sociologo all'interno del servizio di Pesaro, è risultato che:

- le persone totali registrate nei seguenti anni sono 1929;
- l'unità operativa ospitante il maggior numero di persone è Pesaro con il 39,7%;
- sul totale 1929 il 78,4% è maschio;
- il maggior accesso al servizio si ha nella fascia d'età che va dai 35 ai 44 anni;
- solo nel 2018 il 21,1% è rappresentato da coloro appartenenti alla fascia d'età che va dai 14 ai 24 anni, dimostrando quindi un notevole aumento rispetto agli anni precedenti;
- le principali dipendenze registrate dal Dipartimento Dipendenze Patologiche in tale periodo sono l'eroina (652 casi) e l'alcool (496 casi).

Basandomi su questi dati, ho voluto incentrare la mia analisi sulle persone che hanno dipendenza da sostanze, essendo questa la causa principale per la quale si effettua l'accesso tramite la richiesta di aiuto.

Tale servizio prende in carico la persona a livello ambulatoriale, pertanto gli assistiti effettuano l'accesso unicamente previo appuntamento finalizzato ad un colloquio con i professionisti oppure per assumere la terapia del giorno. Importante competenza del servizio è anche il sostegno alla famiglia dell'assistito.

Fondamentale è il ruolo che ha l'infermiere, in quanto si occupa dell'intera gestione della persona a livello ambulatoriale. L'infermiere svolge delle prestazioni che non riguardano solo la somministrazione della terapia farmacologica sostitutiva alla sostanza e la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche, ma includono anche attività rivolte alla persona come:

- counseling;
- promozione della salute e stile di vita sano;
- sostegno nel raggiungimento dell'autonomia e dell'indipendenza;
- coinvolgimento nelle attività e nelle decisioni riguardanti il programma;
- supporto durante le situazioni sfavorevoli che possono condurlo a recidive;
- continuità assistenziale.

Ogni professionista agisce in base alle proprie capacità e competenze, apportando pertanto un valore aggiunto al lavoro d'equipe. Da questa collaborazione si crea una forte sinergia, producendo così il miglior risultato per la persona assistita. In questo modo ogni professionista risulta fondamentale in ogni fase del programma terapeutico integrato individualizzato per il conseguimento degli obiettivi prestabiliti, per raggiungere l'obiettivo finale della dimissione.

L'STDP è in contatto con le Comunità Terapeutiche in quanto può accadere che non sia sufficiente l'assistenza erogata a livello ambulatoriale ma, attraverso la riunione d'equipe, venga ritenuto opportuno un inserimento in comunità residenziale o semiresidenziale, come il Centro Diurno Fenice, localizzato a Pesaro.

Durante il programma terapeutico o a fine trattamento, è previsto un percorso di reinserimento socio-lavorativo gestito dall'assistente sociale, che offre la possibilità alla persona di acquisire competenze professionali, autonomia e indipendenza, ritenute fondamentali per la prevenzione di recidive.

Questo servizio si occupa anche della prevenzione riguardante le malattie trasmissibili come HIV ed epatiti.

Ritengo questo servizio ambulatoriale efficace e valido per coloro che hanno una dipendenza e non vogliono affrontarla all'interno della comunità, la quale verrà presa in considerazione solo se è ritenuto necessario.

Bibliografia

ASUR Marche AV1: *Procedura accettazione/accoglienza del Dipartimento dipendenze patologiche AV1*, 2017

ASUR Marche AV1: *La valutazione ed il trattamento infermieristico delle patologie da dipendenza, con integrazione delle figure dell'assistente sanitario e dell'OSS*, 2018

ASUR Marche AV1: *Procedura valutazione multidisciplinare*, 2018

ASUR Marche AV1: *Procedura trattamenti*, 2019

ASUR Marche AV1: *Linee di indirizzo per trattamento degli stati di tossicodipendenza e alcolodipendenza con medicinali stupefacenti*

ASUR Marche AV1: *Modalità operative per la raccolta dei campioni di urine e sangue*

ASUR Marche AV1: *La valutazione ed il trattamento sociale delle patologie da dipendenza da parte dell'assistente sociale*, 2018

G.Calamai: *Uso e abuso di sostanze capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe*, Erickson, 2018

Fanella: *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica. Alcol – cocaina – gioco d'azzardo patologico*, Alpes, 2011

Sitografia

- A. Floriani: *Storia della tossicodipendenza*, 2009. Tratto da Normalarea:
<https://normalarea.com/storia-della-tossicodipendenza/>. 4 Agosto.
- B. Andria: *Droghe e sostanze stupefacenti*, 2016. Tratto da Pagine Mediche:
<https://www.paginemediche.it/benessere/bellezza-e-salute/droghe-e-sostanze-stupefacenti>. 7 Agosto.
- B. Tinghino: *Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco*, 2018.
Tratto da:
http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/guidelines_2018_online.pdf. 9 Agosto.
- C. Confalone, D. Sordi: *Fumo-Rischi per la salute*, 2018. Tratto da Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=463&area=stiliVita&menu=fumo. 9 Agosto.
- Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato: *Raccomandazione civica sulle tossicodipendenze*, 2009. Tratto da FeDerSerD:
http://www.federserd.it/files/download/20090629_raccomandazione_civica_sulle_tossicodipendenze.pdf. 7 Agosto.
- Comunità di recupero Narconon: *Tipi di droghe*. Tratto da Comunità di recupero narconon Il Gabbiano: <https://www.comunitadirecupero.it/informazioni-vari-tipi-droghe.html>. 8 Agosto.
- C. Sorio, C. Cenacchi: *Rapporto Osservatorio Dipendenze Patologiche 2016*, 2018. Tratto da Consumo problematico e dipendenze patologiche:
http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/staff/osservatorio-epidemiologico/RapportoOsservatorioDipendenzePatologiche2016_def.pdf. 12 Agosto.
- Drug Facts*, 2018. Tratto da National Institute on Drug Abuse:
<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cocaine>. 12 Agosto.

G. Calamai: *Dipendenze patologiche*, 2018. Tratto da Ipsico: <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenze-patologiche/>. 7 Agosto.

Gazzetta Ufficiale, *Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990*, n. 309, 1990. Tratto da Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>. 12 Settembre.

Gazzetta Ufficiale, *Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017*, 2017 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>. 30 Ottobre.

Giunta Regionale: *DGR 154/09*, 2009. Tratto da Regione Marche Giunta Regionale: http://www.ambito20.it/Public/normative/allegato/31_DGR-linee_guida_percorsi-assistenziali_0154_09.pdf. 3 Settembre.

Giunta Regionale: *DGR 1437/18*, 2018. Tratto da Regione Marche-Norme Marche: http://www.norme.marche.it/Delibere/2018/DGR1437_18.pdf. 12 Settembre.

Giunta Regionale: *DGR 1474/2017*, 2017. Tratto da Regione Marche Giunta Regionale: https://tirocini.ing.univpm.it/files/DGR1474_17.pdf. 25 Ottobre.

Giunta Regionale: *DGR 293/2016*, 2016. Tratto da Regione Marche Giunta Regionale: http://www.norme.marche.it/Delibere/2016/DGR0293_16.pdf. 25 Ottobre.

M. Valizzone: *Gli effetti collaterali della Morfina*, 2018. Tratto da Psicologia in salute: <https://www.pazienti.it/news-di-salute/effetti-collaterali-morfina-12062018>. 9 Agosto.

Ministero della Salute: *Patologie esenti*. Tratto da Laboratorio polizia democratica: <http://www.laboratoriopoliziademocratica.org/SALUTE/ticket.htm>. 13 Settembre.

Ministero della Salute: *Decreto 16 Novembre 2007*, 2007. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/11/29/07A10067/sg>. 15 Settembre.

Ministero della Salute: *Decreto 11 Maggio 2010*, 2010. Tratto da Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/05/26/10A06353/sg>. 14 Settembre.

Ministero della Salute: *Linee di indirizzo Riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio durante le transizioni di cura*, 2018. Tratto da Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf. 9 Settembre.

Ministero della Salute: *I LEA*, 2019. Tratto da Ministero della Salute:
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn>. 24 Agosto.

Ministero della Salute: *HIV e AIDS*, 2019. Tratto da Ministero della Salute:
<http://www.salute.gov.it/portale/hiv/dettaglioContenutiHIV.jsp?lingua=italiano&id=5206&area=aids&menu=conoscere>. 13 Agosto.

Ministero della Salute: *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike"*, 2010. Tratto da Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1307_allegato.pdf. 25 Ottobre.

Ministero della Sanità: *Decreto 14 settembre 1994 n. 739*, 1995. Tratto da Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>. 12 Settembre.

Ministero della Sanità: *Decreto 21 maggio 2001 n. 296*, 1999. Tratto da Gazzetta Ufficiale:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-07-19&atto.codiceRedazionale=001G0354. 31 Agosto.

Ministero della Sanità: *Circolare 13 gennaio 2000 n. 2*, 2000. Tratto da Gazzetta Ufficiale:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario

?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-02-18&atto.codiceRedazionale=000A1887&elenco30giorni=false. 17 Settembre.

Ministero della Sanità: *Decreto 18 maggio 2001 n. 279*, 2001. Tratto da Gazzetta Ufficiale:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2001/07/12/160/so/180/sg/pdf>. 13 Settembre.

Quotidiano della Sanità: *Osservatorio europeo sulla droga: in Italia è boom di cannabis, cocaina al secondo posto. Il Rapporto 2018 sull'Ue*, 2018. Tratto da: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=62657. 12 Agosto.

San Patrignano: *Cocaina*. Tratto da San Patrignano:

<https://www.sanpatrignano.org/hai-bisogno-aiuto/info-droghe/cocaina/>. 8 Agosto.

San Patrignano: *Glossario Droghe*. Tratto da:

<https://www.sanpatrignano.org/hai-bisogno-aiuto/info-droghe/glossario/>. 6 Agosto.

Tossicodipendenza Psicologia-Psicoterapia. Tratto da Consultorio Antera:

<https://www.consultorioantera.it/approfondimenti/dipendenze/tossicodipendenza-psicologia-psicoterapia.html>. 28 Luglio.

Ringraziamenti

Si ringrazia tutta l'equipe del Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche di Pesaro, che mi ha dato l'opportunità di studiare e approfondire questa tematica.

Un ringraziamento va a mia mamma e a mio fratello, che mi sono sempre stati accanto in questi anni incoraggiandomi a dare il meglio.