

**Progetto Nazionale**  
**“Unità Operative ad elevata integrazione tra i servizi pubblici e del privato – sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani e dei consumatori di psicostimolanti”**  
**(Finanziamento del Ministero della Salute)**

**Regione Capofila: Lombardia**

**Regioni partecipanti:** Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, E. Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto

**QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

Sono pochi gli atti normativi che fanno un esplicito riferimento alla cocaina in ambito legislativo nazionale, improntato, come in altri paesi, ad un contrasto complessivo di tutte le sostanze di abuso. Riportiamo, in ordine cronologico, la normativa specifica esistente:

1. LEGGE 21 febbraio 2006, n.49 (GU n. 48 del 27-2-2006- Suppl. Ordinario n.45) Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi.

2. DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 12 ottobre 2005 (in Suppl. Ord. n. 173 alla Gazz. Uff., 31 ottobre, n. 254). - *Elenco annuale, aggiornato al 30 settembre 2005, delle imprese autorizzate alla fabbricazione, impiego e commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti e psicotrope.*

Nell'allegato B di tale decreto, viene menzionata la cocaina.

3) COMUNICATO DEL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI 31/05/2004 (in Gazz. Uff., 31 maggio, n. 126). - *Entrata in vigore del nuovo elenco di riferimento di classi di sostanze farmacologiche e di metodi di doping vietati, emendamento adottato dal gruppo di vigilanza mediante una procedura di voto per corrispondenza il 6-7 novembre 2003 nel quadro della Convenzione antidoping, aperta alla firma a Strasburgo il 16 novembre 1989.*

In tale decreto, allegato 1, viene annoverata la cocaina quale sostanza stimolante vietata.

4). DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 maggio 2003 (in Suppl. ordinario n. 95 alla Gazz. Uff., 18 giugno, n. 139).- *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.*

5) LEGGE 29 NOVEMBRE 1995, n. 522 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 9 dicembre, n. 287). - *Ratifica ed esecuzione della convenzione contro il doping, con appendice, fatta a Strasburgo il 16 novembre 1989.*

In questa legge vengono enunciate le classi di sostanze vietate tra cui, negli stimolanti, viene inserita la cocaina e sostanze affini.

6) DECRETO MINISTERIALE 27 LUGLIO 1992 (in Gazz. Uff., 12 agosto, n. 189). -- *Tabelle concernenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative preparazioni tra cui, nell'allegato 1, viene ricompresa anche la cocaina*

7) DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 9 Ottobre 1990, n. 309 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 31 ottobre, n. 255). - *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli*

*stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*

8) DECRETO MINISTERIALE 12 LUGLIO 1990, N. 186 (in Gazz. Uff., 14 luglio, n. 163). - *Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere.*

Tra le sostanze stupefacenti menzionate viene inserita, nell'allegato 1, anche la cocaina.

9) LEGGE 5 GIUGNO 1974, n. 412 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 10 settembre, n. 236). - *Ratifica ed esecuzione della convenzione unica sugli stupefacenti, adottata a New York il 30 marzo 1961 e del protocollo di emendamento, adottato a Ginevra il 25 marzo 1972.*

*REGIO DECRETO 13 LUGLIO 1914, n. 829 (in Gazz. Uff., 22 agosto, n. 201). – Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 22 maggio 1913, n. 468, sull'esercizio delle farmacie.*

#### CONTESTO E DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Se si considerano i dati riportati nella Relazione al Parlamento inerente l'andamento del fenomeno droga nel 2004, l'uso di cocaina evidenzia un incremento significativo nel nostro paese negli anni che vanno dal 2001 al 2004. I soggetti tra i 25 e i 34 anni che riferiscono un uso recente sono passati dall'1,2% a oltre il 2%. Raddoppia il numero di soggetti tra i 35 e i 44 anni che ne riferisce l'uso una o più volte nel corso della vita. Anche l'uso negli ultimi 12 mesi aumenta in tutte le fasce di età considerate.

L'incremento dell'uso di cocaina nel genere femminile è molto elevato; praticamente si raddoppia, negli anni dal 2001 al 2004, il numero di soggetti di sesso femminile che riferisce di aver usato negli ultimi 12 mesi la cocaina.

Molto preoccupante il diffondersi della cocaina tra i giovanissimi, come rilevato dall'analisi epidemiologica inerente la popolazione studentesca (ESPAD, CNR Pisa), riportata dalla Relazione al Parlamento. L'assunzione di cocaina almeno una volta nella vita tra gli studenti è stata rilevata nel 4,8% dei casi e l'uso negli ultimi 12 mesi nel 3,5%. L'aumento fra il 2000 ed il 2004 è attribuibile in particolare agli studenti diciannovenni. Tra i soggetti che riferiscono di aver provato la cocaina almeno una volta nella vita, si osserva che già a 16 anni oltre il 2% degli studenti ha avuto almeno un contatto con la sostanza, valore che a 19 anni supera il 10%. Si conferma il trend già segnalato negli anni precedenti, presente in tutta l'Europa occidentale, che vede virare il consumo di sostanze illegali verso gli psico-stimolanti. Rispetto alla necessità di anestetizzare difficoltà emozionali e attutire l'impatto relazionale, tipica delle aspettative verso i farmaci depressori del sistema nervoso centrale, i giovanissimi sembrano chiedere agli psico-stimolanti il supporto per una più vivida introspezione, per una più sensibile comunicazione delle emozioni e per il superamento del senso di vuoto, di assenza delle motivazioni e delle risposte ai quesiti di senso. Se l'assunzione di cocaina era confinata sino a qualche anno fa agli ambienti agiati e ai salotti dell'alta società, investendo tutti gli strati sociali solo nel nord-America, oggi la sua diffusione investe, anche nel nostro paese tutte le categorie di cittadini: in aggiunta, la cocaina è stata presentata come droga "ricreazionale", come incapace di creare dipendenza, riducendo la percezione del rischio proprio riguardo alla sostanza capace di creare le più pesanti forme di dipendenza.

I dati presentati nella Relazione al Parlamento per il 2004 mostrano con chiarezza il cambiamento nella richiesta di trattamento presso i Servizi pubblici e privati: rispetto all'uniformità dei pazienti che si presentavano ai Ser.T. e alle Comunità alcuni anni or sono, il profilo della richiesta di trattamento nel 2004 indica una consistente variabilità.

Difficile interpretare se a motivare il ricorso ai Servizi da parte dei consumatori di cocaina e psicostimolanti sia un generico malessere, un vero e proprio stato di dipendenza, l'insorgere di disturbi psichici o relazionali o la semplice preoccupazione dei familiari e del partner. L'elevata quota di cocaina come sostanza utilizzata dai pazienti appare costituire un sensibile cambiamento nella domanda di cure presso i Servizi. I pazienti che hanno richiesto di essere trattati per la dipendenza da cocaina sono passati dai 7.700 nel 2000 a 14.087 nel 2003 e a 20.600 nel 2004. Se si sommano i pazienti primariamente dipendenti dalla cocaina con quelli che la accompagnano ad altre droghe si evidenzia come i Servizi possano annoverare tra gli utenti circa il 40% di individui in contatto con gli psico-stimolanti.

Le risposte attuali che i Servizi per le tossicodipendenze e le Comunità Terapeutiche possono offrire a queste nuove forme di dipendenza appaiono del tutto esigue e in diversi casi inappropriate per la scarsa accessibilità, la metodologia standard adatta a pazienti con difficoltà sociali consistenti, l'immagine dei Servizi nell'opinione pubblica e la carenza formativa nel settore. Tali condizioni fanno sì che gran parte dei consumatori di cocaina, pur essendo affetti dalla dipendenza, o da gravi problematica psicofisiche indotte dalla cocaina stessa, non si rivolgano ai Servizi. Un importante lavoro di riorganizzazione dei Servizi pubblici e privati, dovrebbe essere iniziato a partire dall'esperienza sperimentale di questo progetto: la necessità di training e qualificazione, il cambiamento dei percorsi clinici e quelli riabilitativi, la dotazione di nuovi strumenti terapeutici, sia in campo psicosociale che farmacologico, sono essenziali per rispondere a queste nuove problematiche.

I Servizi strutturati per il trattamento degli eroinomani dovrebbero elaborare strategie complesse, tipiche di un approccio clinico moderno, e svincolate da posizioni pregiudiziali: la creazione di setting differenziati adatti ai consumatori di psicostimolanti, di ambienti non stigmatizzati, di opportunità terapeutiche non standardizzate e personalizzate costituisce l'obiettivo primario di questo progetto. Proprio al fine di affrontare questa complessità i Servizi pubblici e privati devono concorrere, mettendo in comune le specifiche competenze, le risorse esperienziali e le opportunità formative, a delineare quelle articolazioni terapeutico-riabilitative differenziate di cui questi nuovi pazienti necessitano, in un insieme funzionale improntato alla pariteticità.

Una crescente mole di evidenze nel campo neurofarmacologico e della farmacologia comportamentale consente di comprendere oggi sempre meglio le modalità di azione della cocaina sul cervello e di conseguenza i meccanismi dell'instaurarsi dell'addiction e dei cambiamenti psichici indotti. Se il sistema dopaminergico appare sempre coinvolto nell'instaurarsi di una dipendenza dalle sostanze psicotrope, la dopamina, il neurotrasmettitore deputato alla percezione delle gratificazioni e degli stimoli salienti per la sopravvivenza, assume un ruolo essenziale e diretto nell'azione della cocaina, nella sensibilizzazione alla stessa, nella condizione ancora non del tutto chiarita della "tolleranza inversa" e nel prodursi di una traccia biologica persistente sulle vie deputate alla memoria emozionale. Questo coinvolgimento diretto della dopamina fa assumere alla dipendenza da cocaina un'intensità del tutto particolare, persistente e difficile da estinguere.

D'altro canto il ruolo del GABA, della serotonina e del sistema recettoriale del glutamato sembrano rendere più complesso e articolato l'approccio della sostanza con gli elementi essenziali della neurotrasmissione. Anche l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) non si sottrae a quell'insieme di cambiamenti delle funzioni neuroendocrine che sarebbero cruciali nella percezione dell'effetto gratificante della cocaina.

Allo stesso modo le nuove conoscenze sui correlati biologici dei temperamenti, dei tratti della personalità e delle malattie psichiatriche, nonché le attente osservazioni cliniche inerenti le varieghe aspettative individuali dei consumatori e dei soggetti dipendenti, lasciano intuire che la relazione tra cocaina e cervello non sia riconducibile a un modello standard. Le alterazioni della densità del transporter della dopamina geneticamente determinate nei giovani con storia di deficit d'attenzione con iperattività o le difficoltà trascrizione del trasponder della serotonina negli adolescenti con disturbo della condotta, le alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che

accompagnano i disturbi del tono dell'umore possono, insieme a diverse altre condizioni psico-biologiche offrire il terreno per una azione differenziata della cocaina, e verosimilmente per una maggiore vulnerabilità, per una percezione accentuata degli effetti, per un legame additivo più problematico.

Gli approcci trattamentali utilizzati nella dipendenza da Cocaina comprendono:

- **Terapie farmacologiche** ( astinenza , craving ,comorbilità psichiatrica );

- **Psicoterapie di diversa matrice:**

\* **individuali**

\* **familiari ( soprattutto negli adolescenti )**

\* **di gruppo**

- **Gruppi di Self-Help**

- **Interventi di Comunità**

- **Approcci integrati**

Tra le principali **Terapie Farmacologiche sperimentate o in fase di sperimentazione** vale la pena di segnalare :

- **Anticorpi anti-cocaina** : la molecola di Cocaina, in sé troppo piccola per determinare la produzione di anticorpi, se opportunamente coniugata con la subunità B della tossina colerica ha dimostrato nelle sperimentazioni in fase II a e II b di essere immunogena e sicura; nei volontari umani sembra inoltre aver ridotto la gratificazione prodotta dall'assunzione della sostanza d'abuso; sta per essere avviata la sperimentazione in fase III )

- **Inibitori del "carrier" delle amine:**

Analoghi cocaina : RT1-55, GBR, b-CIT , MC-N-5652 ,

Benzotropine, Ifentropil

Psicostimolanti: Methilphenidato, Bupropione, Mazindol

Antidepressivi: Imipramina, desipramina, Citalopram,

Fluoxetina,Paroxetina, Clomipramina

- **Stimolatori del rilascio di amine**

DA →Amantadina

5-HT →Fenfluramina

NE+DA+5-HT →Dietilpropione

- **MAO-inibitori**

- **Revulsivanti** : Disulfiram

- **Agonisti/antagonisti:**

D2 Antagonisti: Bromocriptina, Pergolide, Lisuride

D2+D1 Antagonisti: Flupentixolo

D2+D3 Antagonisti: Haloperidolo

D2+5-HT<sub>2a</sub> Antagonisti : Clozapina, Risperidone,

- **Altri Mediatori:**

GABA: Carbamazepina, Baclofen,

Glutaminergico: Destrofanolone

Oppiacei Antagonisti: Naltrexone

Agonisti/Antagonisti : Buprenorfina

Ca-antagonisti : Nifedipina, Nimodipina

### **Approcci Psicoterapici**

- **Counseling individuale ( IDC) o di Gruppo ( GDC) sulle droghe;**

- **Terapia Cognitivo-comportamentale ( CBT ):**

1) Contingency Management Approach:

- Aversive Counting Conditioning ( Hanker 1982; Elkins 1993 )
- Rewarding ( Higgins 1991, 1996 )

2) Relapse Prevention

- Coping Skill Training ( Monti 1989, 1990 )
- Motivational Enhancement ( Miller 1977 )
- Cue Exposure ( ‘O Brie – Mc Lellan 1990 )
- Relapse Prevention Training

**Terapia psicodinamica:**

- supportivo espressivo ( Luborsky 1984)
- interpersonale ( Rounsaville 1985 )
- dinamica di Gruppo ( Khantzian 1990 )

### **Gruppi di Self-Help**

**Modelli Integrati:**

- Community Reinforcement ( Azrin 1976 )
- Neurobehavioral Model ( Matrix/Washton )

Sul piano dell'**efficacia dei trattamenti psicoterapici** va segnalato che l'analisi dei dati emersi dal CCTS (Collaborative Cocaine Treatment Study, studio sperimentale multicentrico di confronto sui differenti metodi di trattamento psicosociale dei disturbi da uso di cocaina (DUC), condotto dai seguenti Centri: Ospedale di Brookside Nashua nel New Hampshire, Università della Pennsylvania a Philadelphia, Istituto e clinica psichiatrica dell'Università di Pittsburgh, Scuola medica di Harvard, Ospedale di McLean di Belmont nel Massachusetts e Ospedale generale del Massachusetts a Boston) ha mostrato che:

- i soggetti che partecipano attivamente alle attività nei gruppi self-help hanno migliori esiti rispetto a quelli che frequentano gli incontri semplicemente come spettatori (Weiss 1996).

- tutti e 4 i trattamenti dello studio - Counseling Individuale sulle droghe (IDC) + Counseling di gruppo sulle Droghe (GDC) , Terapia Comportamentale (CT) +GDC, Terapia Supportivo-Espressiva (SE) +GDC, solo GDC - diminuiscono significativamente l'uso di droga nei 12 mesi di follow-up. Le analisi statistiche di tutti i dati emersi dallo studio hanno mostrato come la combinazione di IDC+GDC sia significativamente migliore degli altri trattamenti.

Le analisi hanno anche evidenziato come non ci siano differenze significative tra CT+GDC, SE+GDC o GDC da solo.

Il progetto, rivolto a soggetti dipendenti / utilizzatori problematici di cocaina e di amfetamino derivati prevede la costituzione di Unità Operative a carattere sperimentale, ad alta integrazione tra sistema pubblico e privato, in grado di rispondere al particolare bisogno terapeutico di questa tipologia di utenti. Questi soggetti, spesso integrati socialmente e nelle attività professionali, pur avendo problemi consistenti a causa dell'uso di sostanze, hanno una grande difficoltà nel riconoscersi come tossicodipendenti. Per tal motivo accedono con estrema difficoltà, o - più spesso - non accedono, ai "classici" servizi di riferimento, ovvero i SerT e le Comunità terapeutiche.

La sinergia di intervento tra i professionisti del servizio Pubblico e del Terzo settore può consentire di individuare nuove strategie per entrare in contatto con questi pazienti e coinvolgerli in un programma terapeutico riabilitativo personalizzato.

Per i motivi sopra citati, il progetto prevede di costituire strutture specialistiche per i consumatori problematici di psicostimolanti (cocaina, ecstasy, amfetamine) in ambiti non stigmatizzati, aperti in ore pomeridiane, serali, o durante il week end, che utilizzeranno metodologie psico sociali intensive per "de-condizionare" dalla sostanza, accompagnate, ove necessario, da terapia farmacologica. In particolare verranno utilizzate la terapia cognitivo comportamentale, terapie di gruppo, interventi motivazionali, terapie individuali, interventi educativi. Una evidente attenzione verrà posta alle problematiche di tipo psichiatrico, molto spesso correlate all'uso di psicostimolanti e alle caratteristiche di poliabuso (alcol, in particolare) dei soggetti in trattamento.

Il progetto verrà preceduto da una rilevazione dei servizi specialistici già esistenti e delle loro caratteristiche, anche al fine di poter evidenziare e valutare le tipologie di modelli operativi in via di sperimentazione e, a fine progetto, gli esiti dei trattamenti. La raccolta di questi dati potrà costituire la base di una banca dati nazionale relativamente a queste unità specialistiche, consultabile su sito web.

Il progetto sarà anche accompagnato da una importante attività di formazione, integrata tra operatori del pubblico e del privato sociale, con lo scopo di acquisire capacità di intervento mirate e specialistiche.

Allo scopo di evitare duplicazioni di interventi e di rendere sinergiche le risorse, anche economiche, in campo, il presente progetto potrà collegarsi ad altri progetti in corso, di rilevanza nazionale.

### **Obiettivi generali del progetto**

Il Progetto intende sperimentare nuove forme di intervento diagnostico e terapeutico orientate ad un elevato grado di integrazione tra Servizi Pubblici e Agenzie del Privato Sociale (strutture private autorizzate ai sensi dell'art. 116 del DPR 309/1990, così come modificato dalla L. 49/2006). Si intende così proporre innovative strategie di trattamento e riabilitazione per i consumatori di cocaina, ampliando ed innovando le classiche metodologie utilizzate dai Servizi Pubblici (Ser.T). e dalle Strutture Residenziali e Semiresidenziali.

Il Progetto intende quindi:

- Mappare /Ricerca i servizi sperimentali (pubblici e privati) specifici già esistenti e i modelli operativi attualmente in uso nei servizi;
- Valutarne le caratteristiche nonché l'efficacia di intervento, anche in termini di rapporto costo/efficacia;
- Progettare strategie innovative e personalizzate per la presa in carico e il trattamento di soggetti dipendenti da cocaina e psicostimolanti, in particolare a favore di soggetti socialmente integrati e delle loro famiglie;

- Supportare la costituzione o il rafforzamento di Unità Operative / Centri Specialistici misti (compresenza di operatori pubblici e del privato sociale o in stretto raccordo operativo) che abbiano ricevuto una formazione congiunta nel settore della diagnosi e del trattamento dei soggetti dipendenti da cocaina e psicostimolanti;
- Migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici e privati attraverso un percorso di formazione specifica ed integrata;
- Sperimentare forme integrate di terapia psicologica associata, ove necessario, ad interventi farmacologici.
- Individuare e diffondere, attraverso il confronto attivo tra i vari programmi messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per il trattamento e la riabilitazione;
- Stimare l'impatto socio-sanitario dei consumi di Cocaina e di Psicostimolanti (Amfetamino-derivati) nei servizi territoriali delle aree regionali coinvolte;
- Costituzione di un data base nazionale sui servizi / unità specialistiche di trattamento

## **Obiettivi specifici del progetto**

### **Obiettivi a breve termine:**

Realizzazione di una scheda di rilevazione dei servizi specialistici esistenti al fine di consentire una mappatura dei medesimi e la definizione dei criteri quali/quantitativi per la selezione delle strutture territoriali relativamente a

- livello di integrazione pubblico-privato
- entità territoriale del fenomeno
- situazione organizzativa/operativa preesistente
- disponibilità di una logistica adeguata
- capacità/esperienza dei servizi nella gestione di sperimentazioni

Definizione / realizzazione :

- di un sistema di indicatori (epidemiologici, clinici, organizzativi e di performance) per la valutazione dell'outcome
- dei sistemi diagnostici specifici, nonché di valutazione della motivazione al cambiamento e di un percorso di valutazione multidimensionale
- di schede di livello di "ingresso" ed "uscita" degli utenti per una valutazione dell'efficacia del trattamento e delle caratteristiche dei soggetti in cura.
- di software gestionale dei dati raccolti

Selezione, da parte delle regioni partner, e sulla base degli indicatori previsti, della/e struttura/e che parteciperanno al presente progetto, attraverso:

- Individuazione di operatori nei servizi pubblici e del privato sociale che condividano il progetto e che diano la loro disponibilità alla costruzione e realizzazione dell'unità operativa per utenti dipendenti da cocaina e da sostanze psicostimolanti
- Individuazione dei criteri organizzativi e strutturali per la creazione di spazi idonei diversi dalla usuali sedi dei Ser.T.
- Progettazione di strategie informative e formative adeguate

Tempi di realizzazione: 7 mesi

### **Obiettivi a medio termine:**

Realizzazione di percorso formativo integrato, in grado di offrire informazioni rispetto alle sostanze psicostimolanti: agli aspetti sanitari, sociali, psichici, legali e farmacologici, sugli strumenti di

valutazione di efficacia ed efficienza; oltre che uno specifico rispetto al processo diagnostico, al counselling motivazionale, e agli argomenti: “psicoeducazione”, “lavorare con l’adolescente”, “doppia diagnosi”.

A tali percorsi accede sia il personale coinvolto nella realizzazione dell’unità operativa, che per quel personale che, in territori in cui non vi sia la necessità di costituire una unità operativa a tutti gli effetti, possa fungere da “consultant”, mettendo a disposizione la propria consulenza ai servizi che lo richiedano.

Temi delle attività di formazione potranno essere:

- gli scenari correlati all’uso di cocaina
- vulnerabilità e genetica nel consumo di cocaina
- profili di consumatori in base alle modalità d’uso
- meccanismi di azione della cocaina
- clinica dei disturbi da consumo e criteri diagnostici
- diagnosi laboratoristica: aspetto tecnico e uso clinico
- le patologie internistiche, infettivologiche e psichiatriche correlate al consumo di cocaina
- gli interventi psicoterapici nella dipendenza da cocaina
- i protocolli per i trattamenti farmacologici dei disturbi correlati all’uso di cocaina: intossicazione acuta, astinenza, dipendenza
- modelli organizzativi nei servizi sanitari per il trattamento dei disturbi da cocaina
- la valutazione dell’efficacia dei trattamenti

con un approfondimento, anche in più moduli decentrati, sui trattamenti psicosociali previsti dal progetto (Terapia-cognitivo-comportamentale, di gruppo, familiare o di coppia).

Modalità operative:

Si ipotizza di organizzare 3 giornate di presentazione del programma di formazione, aggregate per aree territoriali (Nord, Centro, Sud).

Percorso di Formazione a Distanza (FAD)

Incontri periodici di verifica del percorso formativo e di programmazione degli interventi (3/4incontri).

Tempi di realizzazione: 5 mesi

**Obiettivi a lungo termine:**

- Avvio delle attività diagnostico-terapeutiche e di riabilitazione
- Valutazione in itinere dei programmi di trattamento integrato (farmacologico-psico-sociale) con attenzione sia all’efficacia che all’efficienza
- Costruzione di modelli di buona pratica per la riduzione del danno correlato, anche attraverso un confronto tra i vari programmi messi in pratica dai servizi
- Incontri periodici del team di verifica progetto e di supervisione
- Diffusione e pubblicazione dei risultati del progetto.

Tempi di realizzazione: 5 mesi

## **L'ARTICOLAZIONE OPERATIVA DEL PROGETTO NAZIONALE**

In data 9 maggio 2006 la Regione Lombardia ha dato risposta positiva alla richiesta del Ministero della Salute di fungere da Regione capofila del presente Progetto, con l'attribuzione delle relative risorse finanziarie (Euro 1.000.000,00).

Il progetto è, quindi, stato redatto in considerazione:

- delle risorse assegnate;
- delle finalità nazionali;

Una più puntuale definizione del progetto potrà essere redatta in considerazione

- del numero di partner;
- delle proposte delle regioni partner

Le **Azioni di Progetto** sono evidenziate di seguito:

### **Azione 1. ATTI PROPEDEUTICI**

L'azione consiste nella realizzazione di quanto necessario per il formale avvio del progetto:

- definizione programma operativo preliminare da parte della Regione capofila;
- presentazione del programma alle Regioni partner; attraverso la Commissione Salute del Coordinamento Interregionale ed identificazione delle Regioni disponibili a partecipare al progetto,
- raccolta adesioni formali al programma delle Regioni partner;
- approvazione del programma operativo da parte della Regione capofila;
- invio atti formali (delibera Regione capofila, programma operativo e adesioni) al Ministero della Salute e alle Regioni aderenti;
- nomina, da parte della Regione capofila e delle Istituzioni coinvolte, dei referenti tecnici e dei funzionari di riferimento per la costituzione del Comitato Tecnico Scientifico (CTS), con compiti di monitoraggio dello svolgimento del progetto
- insediamento del CTS: illustrazione programma operativo e avvio progetto.

### **Azione 2. REALIZZAZIONE DEGLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE**

L'azione prevede la definizione delle specifiche di:

- scheda di rilevazione dei servizi specialistici esistenti al fine di consentire una mappatura dei medesimi e la definizione dei criteri quali/quantitativi per la selezione delle strutture territoriali
- schede di livello di "ingresso" ed "uscita" degli utenti per una valutazione dell'efficacia del trattamento e delle caratteristiche dei soggetti in cura.
- software gestionale per il trattamento dei dati raccolti

### **Azione 3. RILEVAZIONE DEI SERVIZI SPECIALISTICI**

L'azione prevede, attraverso la stretta collaborazione con le regioni partner, la rilevazione dei servizi specialistici sperimentali partecipanti al progetto nazionale, sia già esistenti che da attivare, in relazione agli aspetti organizzativi (personale, orari, collaborazioni, ecc.) e a quelli metodologici (tipo di intervento, modello di riferimento, durata del trattamento, ecc).

In particolare, verranno rilevati: l'accessibilità (orari, setting adeguati, elasticità dell'offerta terapeutica, ecc.), il livello di integrazione pubblico-privato, l'entità territoriale del fenomeno, la

situazione organizzativa/ operativa preesistente, la disponibilità di una logistica adeguata, la capacità/ esperienza dei servizi nella gestione di sperimentazioni.

L'azione prevede, inoltre, di valutare l'impatto della dipendenza da cocaina e da altre sostanze psicostimolanti sui servizi pubblici e del privato accreditato attraverso il censimento dei servizi operanti (banche dati, sistemi informativi, osservatori, realizzazione di ricerche ad hoc o monitoraggi specifici).

I dati ottenuti verranno resi disponibili in rete.

#### **Azione 4. DEFINIZIONE DI INDICATORI E STANDARD**

L'azione prevede di arrivare alla definizione di indicatori e standard, attraverso l'analisi e selezione di indicatori epidemiologici, di efficienza dei servizi (performance) e di efficacia dei trattamenti, per l'individuo e per la collettività. Preliminare a questa fase verrà svolto un lavoro teso a rendere omogenee le terminologie di riferimento (nosografia, ecc.), a definire modalità e periodo di rilevazione e ad analizzare i flussi informativi.

#### **Azione 5. FORMAZIONE**

L'azione prevede la condivisione nel CTS dei contenuti del corso specialistico di formazione, e nell'identificazione di tre poli (nord, centro, sud) per la prima fase delle attività di formazione,

L'azione successiva prevede un aggiornamento degli operatori finalizzato allo sviluppo di abilità tecniche e competenze professionali nei seguenti ambiti: epidemiologia e prevenzione, primaria e secondaria; evidence based medicine: abuso/dipendenza da cocaina e altre sostanze psicostimolanti, patologie correlate, concomitante abuso/dipendenza da altre sostanze, legali e non; gestione dei pazienti e correlazioni con i sistemi informativi.

La formazione, i cui temi prevalenti sono già stati descritti nel paragrafo "Obiettivi a medio termine" verrà svolta secondo la modalità "a distanza" (FAD) ed è destinata ai professionisti dei servizi pubblici e privati coinvolti.

#### **Azione 6. COSTITUZIONE ED AVVIO DELLE ATTIVITA' DELLE UNITA' OPERATIVE**

L'azione prevede la costituzione di Unità operative sperimentali con professionisti del Servizio Pubblico e del Privato sociale che, una volta formati, possono affrontare le problematiche dei consumatori di cocaina e psicostimolanti in genere, operano nello stesso setting o in stretta collaborazione, acquisiscono ed elaborano metodologie di trattamento specifiche, all'interno di percorsi clinici individualizzati.

Le Unità potrebbero essere composte, ad esempio, da un medico, uno psicologo ed un educatore, per alcune ore al giorno, in particolare quelle serali e nel fine settimana. E' evidente che questi "parametri medi" dovranno essere calibrati sulle realtà territoriali (impatto del problema, risorse in campo, ecc.), così come il cofinanziamento delle attività, reso possibile da questo progetto consentirà un avvio delle attività più che una gestione continuativa delle medesime. In tal senso sarà opportuna una programmazione regionale tesa a stabilizzare questi interventi, ove se ne ravvisi l'opportunità.

#### **Azione 7. DIFFUSIONE DEI RISULTATI – FOLLOW -UP**

L'azione prevede la diffusione dei risultati in itinere, con report periodici destinati alle Regioni aderenti ai servizi coinvolti e al Ministero committente, anche tramite web.

Le modalità di restituzione dei risultati a termine del progetto (convegno nazionale, pubblicazioni) saranno definite cointeressando il CTS allo scopo di supportare lo sviluppo di una valutazione condivisa dell'offerta terapeutica, in termini sia di produzione che di risultato (*output - outcome*) e le prospettive di organizzazione dei servizi per una risposta appropriata ai bisogni rilevati mediante la fase operativa del progetto.

**Durata complessiva prevedibile: 14 mesi + follow up a 6 mesi**

#### **SOGGETTI INTERESSATI AL PROGETTO**

- Ministero della Salute
- Ministero della Solidarietà sociale
- Istituto Superiore di Sanità
- Regione Capofila: Lombardia
- Regioni partner:
- Dipartimenti delle Dipendenze e Servizi Tossicodipendenze (Ser.T), Servizi del Privato Sociale accreditato delle Regioni partecipanti, Osservatori regionali
- Associazioni e gruppi di auto e mutuo aiuto

#### **COMITATO TECNICO SCIENTIFICO**

Responsabile scientifico:

Responsabile amministrativo:

Esperti indicati da:

Ministero della Salute

Ministero della Solidarietà sociale

Istituto Superiore di Sanità

Regione capofila

#### **AZIONI DI PROGETTO - PLANNING**

##### **Atti propedeutici**

**Inizio:** Ottobre 2006

**Durata:** mesi 3

**Responsabile:** Regione Lombardia, ASL capofila

**Partner:** Regioni, Ministero della salute

##### **Realizzazione degli strumenti di rilevazione**

**Inizio:** Novembre 2006

**Durata:** 2 mesi:

**Responsabile:** Regione Lombardia, ASL capofila

**Partners:** Regioni, CTS

##### **Rilevazione dei servizi specialistici**

**Inizio:** Gennaio 2007

**Durata:** 3 mesi:

**Responsabile:** Regione Lombardia, ASL capofila

**Partners:** Regioni, ASL, Enti Accreditati / Ausiliari,

### **Definizione di indicatori e standard**

**Inizio:** Febbraio 2007

**Durata:** 3 mesi:

**Responsabile:** Regione Lombardia, ASL capofila, Osservatori Regionali

**Partners:** Regioni, CTS, ASL, Enti Accreditati / Ausiliari,

### **Formazione**

**Inizio:** Aprile 2007

**Durata:** 5 mesi:

**Responsabile:** Regione Lombardia ASL capofila, Ist. Sup. Sanità, Osservatori Regionali

**Partners:** Regioni, Aziende Sanitarie, Enti Accreditati / Ausiliari, Associazioni

### **Costituzione ed avvio delle attività delle unità operative**

**Inizio:** Aprile 2007

**Durata:** 5 mesi:

**Responsabile:** Regione Lombardia, ASL capofila

**Partners:** Regioni, ASL, Enti Accreditati / Ausiliari, Associazioni

### **Diffusione dei risultati – Follow-up**

**Inizio:** Agosto 2007

**Durata:** 2 mesi

**Responsabile:** Regione Lombardia, ASL capofila

**Partners:** Aziende Sanitarie, Enti Accreditati / Ausiliari i, Associazioni

**PROGETTO INTERREGIONALE "UNITA' OPERATIVE AD ELEVATA INTEGRAZIONE  
TRA I SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE PER IL TRATTAMENTO E LA  
RIABILITAZIONE  
DEI COCAINOMANI E DEI CONSUMATORI DI PSICOSTIMOLANTI"**

AZIONI	ANNO 2006				ANNO 2007									
	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott
ATTI PROPEDEUTICI														
REALIZZAZIONE DEGLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE														
RILEVAZIONE DEI SERVIZI SPECIALISTICI														
DEFINIZIONE DI INDICATORI E STANDARD														
FORMAZIONE														
COSTITUZIONE ED AVVIO DELLE ATTIVITA' DELLE UNITA' OPERATIVE														
DIFFUSIONE DEI RISULTATI														