



LA LOTTA ALLA DROGA LA VIA TOSCANA



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

Pubblicazione curata da:

Michele Lanzi - Responsabile Settore Integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivo, Regione Toscana
Antonella Barresi - Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Firenze

Direttore Responsabile

Antonio Panti - Presidente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Firenze

Direzione e Redazione

Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Firenze
Via G.C. Vanini 15, Firenze
Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Foto di Copertina: *Il giardino magico* di Franco Lastraioli

Foto della quarta di Copertina: *Situazione anomala* di Franco Lastraioli

Tutte le foto pubblicate all'interno del volume sono di Franco Lastraioli (Firenze, 1931) e
di Aubrey Beardsley (Brighton, 1872)

Finito di stampare gennaio 2007

Edizioni Tassinari snc - Viale dei Mille 90, Firenze
Tel. 055 570 323 - Fax 055 582 789
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it

Stampa: Nuova Grafica Fiorentina

SOMMARIO

Presentazione <i>Enrico Rossi, Gianni Salvadori</i>	pag.	4
Prefazione <i>Michele Lanzi, Antonio Panti</i>	pag.	5
Evoluzione e attualità del sistema toscano di lotta alla droga, specificità e criticità <i>Michele Lanzi</i>	pag.	7
La nuova Legge. Innovazione o involuzione del sistema? <i>Arcangelo Alfano</i>	pag.	9
Uso e diffusione delle sostanze in Toscana: nuove forme di abuso <i>Eva Buiatti, Fabio Voller</i>	pag.	12
Le nuove dipendenze ed i relativi trattamenti <i>Paolo Eduardo Dimauro, Valentina Cocci</i>	pag.	16
Il percorso assistenziale e la rete dei servizi nella nostra regione <i>Milo Meini</i>	pag.	21
Il ruolo della medicina generale <i>Mauro Ruggeri</i>	pag.	23
La doppia diagnosi. Il fenomeno della comorbilità e le strategie di risposta <i>Paola Trotta</i>	pag.	27
La bassa soglia. Gli interventi, le tipologie, la distribuzione sul territorio <i>Don Armando Zappolini</i>	pag.	29
Il sistema delle Comunità. I nuovi modelli di comunità terapeutiche <i>Umberto Paoletti</i>	pag.	31
La prevenzione. Azioni nella comunità, nelle scuole e supporto alle famiglie <i>Guido Intaschi</i>	pag.	33
L'uso terapeutico dei cannabinoidi <i>Franco Laghi Pasini</i>	pag.	36
La somministrazione controllata di sostanze <i>Maura Tedici</i>	pag.	37
SERVIZI E COMUNITÀ RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI IN TOSCANA	pag.	41

PRESENTAZIONE

La lotta alla droga, o più propriamente alle dipendenze, con o senza uso di sostanze, rappresenta un tema cruciale nell'azione di governo del sistema socio-sanitario toscano. Le devastanti implicazioni personali, familiari e sociali del fenomeno inducono a percorrere tutte le strade possibili per il coinvolgimento di istituzioni e società civile nelle azioni di contrasto e nella promozione di stili di vita idonei a prevenire le dipendenze.

La Toscana ha abbandonato da anni le sterili dispute ideologiche, per porre al centro dell'attenzione la persona ed i suoi bisogni. In tal senso si sono evoluti il sistema socio-sanitario e l'integrazione con il terzo settore ed il volontariato. Il complesso di questi fattori e l'equilibrio interistituzionale raggiunto rendono specifico e peculiare il modello toscano. La rete dei servizi pubblici, le strutture residenziali e semiresidenziali, la sostanziale pari dignità tra pubblico e privato, la promozione dei servizi di bassa soglia verso i nuovi bisogni, l'attenzione alle nuove dipendenze, sono un terreno sul quale quotidianamente si misurano tutti gli attori del sistema e costituiscono una vera ricchezza sociale e culturale della Toscana. Appare del tutto fuorviante e riduttivo, come spesso accade, incentrare l'attenzione pubblica ed il dibattito politico su un singolo aspetto del problema o addirittura su una singola modalità di erogazione delle prestazioni.

Il processo di riorganizzazione delle attività socio-sanitarie territoriali in atto nella nostra regione, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli quali le Società della Salute, perseguendo una più stretta integrazione delle competenze istituzionali e professionali si offrono quale ambito naturale per una più evoluta modalità di programmazione integrata dei servizi anche nel settore delle dipendenze.

Salutiamo con molto favore l'iniziativa di offrire, agli operatori socio-sanitari ed in particolare ai medici di medicina generale, una opportunità di riflessione importante, tramite questa pubblicazione.

Enrico Rossi
(Assessore al Diritto alla salute, Regione Toscana)

Gianni Salvadori
(Assessore alle Politiche sociali, Regione Toscana)

PREFAZIONE

La continua e rapida evoluzione delle problematiche connesse al fenomeno DROGHE inducono il sistema socio-sanitario a frequenti riflessioni ed adeguamenti funzionali. Questa consapevolezza ha suggerito alla Regione Toscana e all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Firenze di offrire all'attenzione degli operatori, in particolare ai medici di medicina generale e alla più vasta platea dei lettori di Toscana Medica, una sintesi della situazione nella nostra regione.

L'inserto LA LOTTA ALLA DROGA – LA VIA TOSCANA raccoglie il contributo di esperti e tecnici, cercando di attualizzare gli aspetti più rilevanti del fenomeno sul nostro territorio e di presentare le più significative linee evolutive dello sviluppo dei servizi. Il testo affronta gli esiti di una ricerca sull'uso e la diffusione delle sostanze, le valutazioni sulla nuova legge di contrasto alla droga, l'assetto dei servizi e i pacchetti prestazionali, le nuove dipendenze anche non da sostanze, i nuovi bisogni, i percorsi assistenziali, la rete dei servizi, le azioni di prevenzione, le tematiche oggetto di dibattito politico e sociale, quali la somministrazione controllata di sostanze o l'utilizzo della cannabis.

In appendice sono riportate alcune informazioni utili, quali l'elenco e l'indirizzo delle strutture pubbliche (SerT), i responsabili, le attività e le prestazioni fornite all'utenza, l'elenco delle strutture residenziali e semiresidenziali, con i relativi indirizzi e le tipologie di programmi terapeutici e prestazioni erogate.

Ci auguriamo di aver dato un utile contributo alle esigenze di aggiornamento degli operatori e di conoscenza sulla rete dei servizi fruibili sul nostro territorio.

Michele Lanzi
*(Responsabile Settore Integrazione socio-sanitaria
e progetti obiettivo, Regione Toscana)*

Antonio Panti
*(Presidente Ordine dei medici chirurghi
e degli odontoiatri di Firenze)*

Evoluzione e attualità del sistema toscano di lotta alla droga

Michele Lanzi – Responsabile Settore Integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivi, Regione Toscana

Sin da quando il problema droga si è imposto all'attenzione della società italiana, intorno alla fine degli anni settanta, come fenomeno in progressiva diffusione, uno dei temi fondamentali di discussione è stato: il drogato è un malato o un vizioso? In verità l'interrogativo è ancora presente in larghi strati della popolazione. Nel tempo non vi è mai stata una risposta univoca e ciò ha comportato orientamenti diversi nell'affrontare il problema ed anche nella predisposizione di modelli organizzativi diversi. In una parola il dibattito è stato fortemente ideologizzato da contrapposti schieramenti culturali e tecnici.

Se è un malato, si diceva, la malattia è certamente di origine "sociale" frutto del disagio delle classi meno abbienti, della sottocultura, dell'ignoranza, ecc. Sul piano delle risposte la conseguenza era che se il male è di origine sociale, bisogna operare attraverso le scienze sociali: pedagogiche e psicologiche e con mutamenti profondi della politica.

Questa impostazione aprì un vivace dibattito (non del tutto sopito) sull'utilizzo di sostanze alternative per la disintossicazione a fine di recupero, in una parola: metadone sì, metadone no. Una parte non secondaria dei tecnici e dei culturalmente laici e pragmatici, sosteneva che, in quanto "malato", il tossico andava curato con tutto ciò che poteva essere utile, compreso il metadone e altre sostanze alternative e qualunque metodica ad indirizzo psicologico o pedagogico, e qualunque struttura: ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale di qualsivoglia ispirazione, se accettata dal soggetto, poteva andare bene.

Si diffuse conseguentemente l'utilizzo del metadone a scalare per la detossicazione e l'impiego delle Comunità Terapeutiche a fine di recupero e reinserimento sociale.

Essendo le Comunità strutturate per program-

mi predefiniti ed essendo alta l'incidenza degli abbandoni prima della fine del programma, la domanda diventò: quante volte bisogna consentire al tossico di iniziare un programma? oppure quanti fallimenti gli si possono riconoscere prima di negargli la prestazione, visto che è lo Stato a pagare i costi del recupero, mentre lui continua a non impegnarsi e a fallire?

Altra corrente di pensiero, come si è detto, sosteneva che il drogato è un vizioso, tendenzialmente portato a delinquere e che in fondo se l'era andata a cercare la sua condizione di dipendenza; non c'è ragione di addossare le responsabilità alla società, ma semmai alle famiglie che non hanno saputo educare e controllare i propri figli. Mica tutti i poveri o quelli poco istruiti si drogano e allora, perché lo Stato deve pagare i costi del recupero di questi ragazzi debosciati, sporchi e scippatori? Se ne occupino gli enti di volontariato e di assistenza. La visione, per così dire, morale del problema, faceva scattare la preoccupazione di proteggere il cittadino vittima del drogato e dava quindi priorità alla tutela dell'ordine pubblico; si diceva: "metteteli in galera e buttate via la chiave o portateli su un'isola deserta e lasciateceli".

Il dibattito fortemente ideologizzato e strumentalizzato da ciascuna delle parti portò ad una netta contrapposizione tra il pubblico ed il privato e spesso anche tra il "fondamentalista" e il "laico". (Non sappiamo ancora quanto realmente risolto a livello nazionale, a volte sembra che trenta anni siano passati invano e senza cambiare alcunché).

La posizione toscana

In Toscana il dibattito non fu molto diverso che nelle altre parti dell'Italia tuttavia, più rapidamente che altrove, maturò la consapevolezza che, nonostante tutto, il tossico non era né un malato né un vizioso o forse entrambe le

cose, ma soprattutto era una persona con molti problemi.

La recuperata centralità della persona tossicodipendente indusse la necessità di ripensare i modelli organizzativi e le linee di intervento. A bisogni complessi, risposte articolate e multiprofessionali e piani di intervento personalizzati.

Contemporaneamente, l'evoluzione della legislazione nazionale e regionale consentivano il consolidarsi dei modelli operativi multiprofessionali: dal CMAS (Centri Medici di Assistenza Sociale) ai GOT (Gruppi Operativi Tossicodipendenze) fino agli attuali SerT (Servizi per le Tossicodipendenze).

Un contributo risolutivo venne dal DPR 444/90, il quale sancì un modello tipo di gruppo interprofessionale per il trattamento delle persone tossicodipendenti, prevedendo una vera équipe multiprofessionale composta da almeno 2 medici, 2 infermieri, 2 psicologi, 2 assistenti sociali, 1 educatore professionale, 1 amministrativo, 1 di altre qualifiche. Le figure professionali restavano le medesime ma le quantità variavano in base al carico di utenza e alla complessità della rete dei servizi presenti sul territorio di ciascuna Azienda sanitaria locale (Comunità terapeutica, carceri, ecc.). È nata così l'attuale articolazione dei SerT sia a livello nazionale che regionale con una sostanziale omogeneità del modello organizzativo.

In Toscana l'asserita centralità della persona ha fatto decadere le asprezze del confronto ideologico ed ha allargato la ricerca delle risposte possibili, adatte alla specifica persona. Il dibattito si è quindi spostato sulle metodologie di interventi e sui processi di integrazione: sanitario-sociale e pubblico-privato.

L'evoluzione dei rapporti tra il pubblico e il privato è stata costante e di reciproca soddisfazione ed è andata ben oltre il rituale riconoscimento della pari dignità (che non vuol dire confusione o scambio di ruoli). Infatti nel 1998 è stato sottoscritto un Patto di collaborazione tra la Regione Toscana ed il CEART (Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana).

Successivamente, a seguito della emanazione dell'Atto di intesa Stato Regioni (del 5 Agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze

d'abuso") per il riordino delle strutture comunitarie di recupero, è stato insediato un gruppo di lavoro misto che ha proceduto a valutare ed indicare i criteri per la ridefinizione ed organizzazione delle Comunità residenziali e semiresidenziali, approvati dalla Giunta Regionale con atto n. 1165/2002.

La singolarità dell'evento consiste nel fatto che per la prima volta pubblico e privato hanno deciso insieme le regole del sistema e che queste vengono applicate a tutte le strutture private e pubbliche indistintamente.

Peraltro il gruppo di lavoro è rimasto in carica quale consulente per l'applicazione delle nuove norme e gruppo di monitoraggio dell'intero processo.

Le risultanze di tale lavoro saranno la base per le proposte della nuova programmazione regionale che saranno elaborate congiuntamente. La positiva evoluzione dei rapporti con il privato ha permesso di condividere la necessità di un sistema articolato di verifica e valutazione dei bisogni, dei conseguenti intereventi e di una appropriata allocazione delle risorse che ha portato alla realizzazione di sistema informativo regionale sulle dipendenze (denominato SIRT), che governa il percorso assistenziale integrato e che viene impiegato tanto dalle strutture pubbliche che private.

Per quanto attiene ai processi di integrazione sanitario-sociale, basti ricordare che la Regione Toscana, insieme all'Emilia, l'Umbria, il Veneto e poche altre, è stata una antesignana di tali percorsi attraverso l'esperienza dei Consorzi socio-sanitari, le Associazioni Intercomunali, l'istituzione del servizio sociale professionale all'interno delle Asl, fino ad arrivare alla recente sperimentazione, ancora in atto, delle Società della Salute. Nonostante tutte le difficoltà proprie di tali complessità, il sistema socio-sanitario toscano: Regione, Comuni, AUSL, privato sociale in tutte le sue varie forme, la cooperazione, il terzo settore, si è sempre ispirato alla centralità della persona e alla necessità di integrazione tra i vari attori del sistema ed a tale principio ha ispirato la legislazione ed i modelli operativi.

La scelta operata già nel Piano Sanitario 2002-2004 (e confermata nel successivo e vigente) di riordinare il sistema dei servizi territoriali sulla base dei determinanti di salute, avendo a ri-

ferimento programmatico obiettivi di salute e quale strumento attuativo il Piano Integrato di Salute, ha sancito l'ulteriore sviluppo dei processi di integrazione, che trova il suo naturale approdo all'interno della Società della Salute. La valorizzazione della persona e della complessità dei suoi bisogni, l'ottima relazione pubblico-privato, la personalizzazione degli interventi, gli strumenti integrati della programmazione, la organicità dei rapporti tra so-

ciale e sanitario costituiscono quell'insieme da tutti conosciuto come IL MODELLO TOSCANO. L'evoluzione dei fenomeni di dipendenza, la mutabilità dei bisogni, i cambiamenti sociali ci inducono tuttavia a non indulgere in compiacimenti per il lavoro svolto, ma a perseguire e ricercare soluzioni adeguate e appropriate, flessibili e laiche per le nuove problematiche emergenti.

Michele Lanzi: michele.lanzi@regione.toscana.it

La nuova Legge Innovazione o involuzione del sistema?

Arcangelo Alfano – Responsabile Posizione Organizzativa

Azioni di prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze, Regione Toscana

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 2006 è stata pubblicata la legge 21 febbraio 2006, n. 49 *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.*

Tale norma, meglio nota agli addetti ai lavori come legge "Fini/Giovanardi" sulla droga, è entrata in vigore il 28 febbraio 2006.

Sia prima che dopo la sua approvazione molto è stato detto e molto è stato scritto: una legge punitiva e repressiva, una legge innovativa, finalmente una legge a protezione e tutela delle persone oneste; una legge comunque mai portata al confronto con le competenti istituzioni locali (Regioni e Enti Locali) e con le migliaia di operatori dei servizi pubblici e del privato sociale e con le Associazioni Scientifiche di categoria, con la società civile, lontana dal contesto territoriale, dei servizi preposti e dal bisogno di salute delle persone.

Il metodo con il quale è stata adottata

Il Testo Unico delle leggi in materia stabilisce che "Ogni tre anni, il Presidente del Consiglio dei Ministri convoca una conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale invita soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nel campo della prevenzione e della cura della tossicodipendenza. Le conclusioni di tali conferenze sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa".

L'ultima conferenza nazionale si è tenuta a Genova nel novembre 2000 e sono trascorsi 5 anni senza che il Governo abbia deciso alcunché nonostante le continue richieste degli operatori del settore pubblico e del privato sociale. La Conferenza di Palermo tenutasi nel mese di dicembre 2005 è stata portata a conoscenza delle Regioni e delle Province Autonome e delle Associazioni degli operatori alla fine del mese di settembre 2005.

È stato inserito nel decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante "Misure urgenti per ga-

rantire 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" successivamente convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49.

Viene approvata una norma che ha enormi ripercussioni di carattere penale, amministrativo e sull'organizzazione dei servizi sociosanitari, senza discussione e senza confronto.

I pilastri a fondamento della normativa:

- 1) **Lotta al narcotraffico**
- 2) **Inasprimento sanzioni penali e amministrative (anche per i consumatori)**
- 3) **Equiparazione di tutte le sostanze stupefacenti (tutte le droghe fanno male in eguale misura)**
- 4) **Libertà di scelta del luogo di cura**
- 5) **Equiparazione dei servizi gestiti dal privato a quelli pubblici**
- 6) **Recupero e reinserimento sociale**

Con tale norma viene infatti sancito:

- a) tutte le sostanze vengono considerate ugualmente pericolose; vengono previste infatti due sole tabelle: nella tabella I sono state accorpate tutte le sostanze psicoattive illegali, con una conseguente equiparazione tra droghe pesanti e leggere; nella tabella II si fa poi riferimento a sostanze psicoattive presenti nella farmacopea ufficiale;
- b) la demarcazione rigida, fissata per legge, tra il possesso di droghe per consumo personale e il possesso a fini di spaccio; tale distinzione rigida, introdotta con la legge n. 162/1990 che determinava con decreto ministeriale la "dose media giornaliera", era stata abrogata dal referendum del 1993;
- c) l'eliminazione della distinzione tra uso, abuso e dipendenza;
- d) il sanzionamento amministrativo per l'uso personale, ripristinando ed aumentando le sanzioni cancellate dal Referendum del 1993;
- e) il complessivo inasprimento dell'impianto coattivo sia tramite l'aumento delle pene detentive (rispettivamente da sei a venti anni o, per fatti di lieve entità, da uno a sei anni anche per il traffico o la detenzione a qualsiasi titolo di droghe leggere) sia tramite l'aggra-

vamento delle sanzioni amministrative anche tramite l'introduzione di provvedimenti rilevanti sotto il profilo della libertà personale. Gli articoli 75 e 75 bis, ridisegnando il quadro dei provvedimenti amministrativi, dispongono un ampio e complesso ventaglio di misure che vanno dalla sospensione della patente o del passaporto (per minimo un mese e senza la possibilità delle deroghe prima previste) a misure di competenza del questore, in quanto a tutela della sicurezza pubblica; nella stessa direzione va l'obbligo di presentarsi almeno due volte la settimana al locale ufficio di Polizia/Carabinieri nonché il divieto di allontanarsi dal comune di residenza o di frequentare determinati locali pubblici;

- f) le misure alternative alla detenzione e alle sanzioni amministrative prevedono un programma terapeutico che deve avere successo; le "violazioni" commesse nel corso del programma devono essere segnalate dal responsabile della struttura; si arriva a prevedere misure drastiche, quali la revoca dell'autorizzazione a funzionare per la struttura, vanificando così il fondamentale e sostanziale rapporto terapeutico: il responsabile della struttura viene equiparato ad un vero e proprio pubblico ufficiale, al quale compete di segnalare il reato ai sensi dell'art. 347 c.p.p.
- g) la "libertà di scelta" del cittadino con la previsione dell'ingresso diretto delle persone interessate nelle strutture private accreditate, senza alcun filtro da parte dei medici del servizio sanitario nazionale, incentivando di fatto un sistema parallelo del privato (che può addirittura certificare lo stato di tossicodipendenza, questione assai delicata) e che può operare senza mai entrare in contatto con le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, vanificando il lavoro di rete e dell'integrazione degli interventi costruito faticosamente nel corso degli ultimi 10 anni.

In generale con questa legge, privilegiando l'aspetto sanzionatorio su quello terapeutico, si è operato un ritorno al passato (remoto) ripercorrendo all'indietro l'itinerario della normativa italiana sulla tossicodipendenza: se la legge 162/1990 e ancor più la precedente legge

685/1975 consideravano il tossicodipendente prevalentemente come un ammalato da curare e riabilitare, con la presente normativa si riaffermano principi già contenuti nella prima legge italiana che sanzionava l'uso di droghe e che aveva un taglio esclusivamente repressivo punendo con pene elevate non solo lo spaccio di droga ma anche il consumo e la detenzione ad esso finalizzata.

Se nella presente legge il concetto di cura del tossicodipendente è ancora presente, si può però senz'altro sostenere che si è passati dall'affermazione di un diritto alla cura all'imposizione di un dovere della cura con un evidente indebolimento della potenzialità terapeutica dei servizi. Da un lato i programmi terapeutici non sono più proposti in alternativa alle sanzioni ma vi si aggiungono, dall'altro la dilatazione della possibilità di accesso alle misure alternative alla detenzione (ad esempio lavori di pubblica utilità: comma 5-bis dell'art. 73) più che rispondere a logiche di intervento socio sanitario mirato, apre la porta alla strumentalizzazione dei programmi alternativi e, più che altro, cerca di dare una soluzione, potenzialmente ambigua, alle conseguenze di una impostazione eccessivamente rigorosa, soprattutto in relazione alle situazioni in cui sono coinvolte droghe leggere.

La normativa sottolinea il ruolo di controllo a cui sono chiamati i servizi di cura sminuendo e vanificando la funzione terapeutica del rapporto fiduciario tra curante e paziente.

L'equiparazione del ruolo e delle funzioni dei servizi pubblici e privati accreditati (la normativa affida a questi ultimi compiti che in precedenza erano riservati ai Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze, quali la diagnosi e certificazione dello stato di tossicodipendenza e l'adozione ed esecuzione di programmi terapeutici riabilitativi) vanifica l'essenziale ruolo di controllo delle Asl che si troveranno costrette a dover pagare interventi sulla cui necessità e validità non ha potuto in alcun modo intervenire.

L'impossibilità di gestione degli aspetti economici, che si prevedono particolarmente onerosi, depotenzia la funzione di controllo della spesa dai servizi pubblici e comporta una violazione dell'autonomia di spesa delle Regioni.

Tali considerazioni prefigurano una violazio-

ne delle competenze regionali tant'è che sia la Regione Toscana che altre cinque Regioni hanno fatto ricorso presso la Corte Costituzionale per sollevare l'illegittimità costituzionale della legge.

La via toscana

Le politiche della Toscana in tema di lotta alle dipendenze partono dal principio che c'è bisogno di tutti, ognuno con il proprio ruolo e la propria identità, con la convinzione che la diversità non è un ostacolo ma una ricchezza. La disputa ideologica è stata abbandonata a favore di una politica del fare, rispettosa delle differenze di ognuno, ma tutti con l'obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci a questo problema. In questo processo è decisivo il ruolo dei SerT, non solo quali erogatori di prestazioni specialistiche, ma anche quali promotori dell'integrazione tra tutti i soggetti pubblici e non, che a vario titolo si occupano di tossicodipendenza sul territorio, ribadendo con forza la pari dignità tra tutte le componenti. L'integrazione tra Servizio Pubblico e Terzo Settore è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97. Una testimonianza di questa collaborazione è data dallo stesso Patto di Collaborazione sottoscritto nel 1998 tra il Presidente della Regione e il Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana. Il nuovo Piano sanitario regionale e le recenti leggi regionali in materia di sanità e sociale ribadiscono, anche attraverso lo strumento delle Società della Salute, il ruolo del Terzo Settore nell'ambito delle politiche socio-sanitarie del territorio. Questo faticoso ma importante processo di integrazione ha consentito:

- a) la costruzione di una rete di protezione sociale all'interno della quale la stessa *riduzione del danno* è uno degli strumenti, insieme ad altri, per il raggiungimento di un grande obiettivo di salute;
- b) un riordino complessivo delle Comunità terapeutiche, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, più aderente alle effettive attività svolte e più rispondente ai bisogni dell'utenza;
- c) unica in Italia, la destinazione annuale dell'1,5% del Fondo Sanitario Regionale (circa 150 mld di lire) per interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nel settore delle tossicodipendenze;

- d) l'assegnazione annuale di circa 8,5 mld di lire del Fondo Regionale per le Politiche Sociali per programmi e progetti;
- e) la formazione continua e integrata degli operatori del pubblico e del privato sociale, anche in collaborazione con l'Università (Master sulle Problematiche alcolcorrelate e Corso Perfezionamento in Tabaccologia a Firenze, Scuola Nazionale delle 300 ore sui problemi alcolcorrelati ad Arezzo, Master sulle Dipendenze Patologiche a Pisa);
- f) la ridefinizione dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali dei SerT e delle Comunità Terapeutiche e l'avvio del processo di accreditamento degli stessi;
- g) l'avvio di un percorso di stabilizzazione degli interventi destinati a tossicodipendenti in stato di grave marginalità e a forte rischio di esclusione sociale (interventi di riduzione del danno, programmi di rete, inserimenti lavorativi, centri a bassa soglia);
- h) la realizzazione del SIRT (Sistema Informativo Regionale Tossicodipendenze) per la gestione unificata dei percorsi assistenziali tra pubblico e privato sociale;
- i) l'attenzione a tutte le forme di dipendenza (la Toscana è tra le poche regioni che hanno affrontato in modo globale tutte le dipendenze, promuovendo e sostenendo servizi e progetti per la prevenzione e la cura dell'alcolismo, del tabagismo, del gioco d'azzardo patologico);
- l) interventi di prevenzione e promozione della salute in ambito scolastico e nei luoghi del divertimento giovanile. Tali azioni e interventi costituiscono base programmatica per un loro ulteriore sviluppo nel corso dell'attuale legislatura.

Arcangelo Alfano: arcangelo.alfano@regione.toscana.it

Uso e diffusione delle sostanze in Toscana: nuove forme di abuso

Eva Buiatti, Coordinatore Osservatorio Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità Toscana
Fabio Voller, Responsabile Area Epidemiologia Sociale, Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Il consumo di sostanze illecite: l'Italia nel contesto mondiale

Il consumo di sostanze illecite psicotrope tocca milioni di vite nei paesi economicamente sviluppati e in quelli in via di sviluppo. I suoi impatti più negativi in termini di costi sociali e sanitari si concentrano tra i soggetti più vulnerabili e marginalizzati delle nostre società. Le Nazioni Unite hanno stimato che almeno 200 milioni di persone in tutto il mondo, il 5% di tutta la popolazione tra i 15 anni ed i 64 anni di età, ha usato almeno una sostanza negli ultimi 12 mesi.

Come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo 0,4% di tutti i decessi (circa 200.000 morti) e lo 0,8% del Disability Adjusted

Life Years (DAYLY), sono attribuibili al consumo di sostanze illecite. La percentuale di consumatori appare sensibilmente più alta nei maschi che tra le femmine, è un fenomeno non più strettamente correlato alle fasce d'età più giovani e si è sviluppata in particolar modo nei paesi più industrializzati e con bassa mortalità generale.

Passando ad analizzare il fenomeno così come si caratterizza in Italia l'indagine Ipsad (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) sulla popolazione generale (15-54 anni) ha rilevato che (vedi tabella 1) circa il 32% della popolazione intervistata nel 2005 ha dichiarato di aver consumato almeno una volta nella vita una qualsiasi sostanza stupefacente e il 6,1% negli ultimi 30 gior-

ni. Inoltre, il consumo riguarda in particolare la fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni (38% sul totale) e i soggetti di sesso maschile (36,1% dei maschi contro il 28,8% delle femmine).

Questi dati pongono l'Italia nella graduatoria dei paesi mondiali, secondo la prevalenza dei consumatori, rispettivamente dietro la Repubblica Ceca, gli Stati Uniti, la Spagna, la Francia e la Germania e più in generale lievemente dietro la media europea, anche se in Italia il consumo di sostanze sembra essere in aumento (+9% nel biennio 2003-2005 per i consumatori di qualsiasi sostanza nella vita - vedi tabella 1)

Tabella 1. Prevalenza d'uso nella vita di sostanze illegali nella popolazione generale per sostanza e genere. Italia 2003 e 2005.

SOSTANZE	2003			2005		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Qualsiasi sostanza illegale	28,9	18,0	22,9	36,1	28,8	31,9
Cannabinoidi	28,5	17,4	22,4	34,9	27,9	30,9
Eroina ed altri oppiacei	1,6	0,7	1,1	1,8	1,0	1,3
Cocaina (incluso crack)	6,2	3,2	4,6	8,6	5,2	6,7
Amfetamine	2,4	1,6	1,9	2,9	2,1	2,4
Ecstasy	2,4	1,3	1,8	3,1	2,1	2,5
Allucinogeni	3,2	1,1	2,1	4,7	2,4	3,4

Il consumo di sostanze psicotrope in Toscana

Come abbiamo osservato il consumo di sostanze illegali rappresenta un comportamento molto diffuso nella fascia giovanile della popolazione e spesso viene associato ad altri comportamenti a rischio (consumo di alcol, di sigarette, guida pericolosa ecc.), con un conseguente aumento della probabilità di provocare danni alla salute.

L'Area di Epidemiologia Sociale dell'Azienda Regionale di Sanità tra febbraio e aprile 2005 ha condotto un'indagine denominata EDIT (Epidemiologia dei Determinanti degli Incidenti Stradali in Toscana) su un campione di studenti della Toscana rappresentativo per Asl e tipologia d'istituto scolastico. La ricerca ha coinvolto 4.951 studenti (2.234 maschi e 2.717 femmine). In ogni istituto e per ogni ciclo scolastico è stato somministrato agli studenti un questionario anonimo autosomministrato, costruito con lo

scopo di indagare le principali abitudini, gli stili di vita e i comportamenti a rischio, tra cui il consumo di sostanze illecite.

Allo scopo di comparare i risultati relativi a questa sezione con quelli rilevati a livello nazionale, sono stati somministrati ai ragazzi 6 *items* a scelta multipla mutuati dal questionario dello studio multicentrico europeo ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs).

Dai risultati ottenuti dall'indagine EDIT, emerge il 33,2% dei giovani toscani (vedi tabella 2) dichiara di aver consumato una o più sostanze illecite almeno una volta nella vita (38% maschi e 29% tra le femmine). Tali dati risulterebbero leggermente superiori a quelli nazionali (ESPAD 2005: prevalenza d'uso 31,7%).

Inferendo il dato sulla prevalenza d'uso nella vita rilevato dall'indagine EDIT, alla popolazione giovanile toscana si stima che circa 58.000 studenti abbiano sperimentato una o più sostanze stupefacenti.

Circa il 72% tra gli studenti toscani indagati aveva tra i 15 e i 17 anni quando ha sperimentato per la prima volta una droga e nel 90% dei casi si trattava di un derivato della cannabis. I

Tabella 2. Prevalenza d'uso nella vita di sostanze illegali nella popolazione giovanile per sostanza e genere. Toscana 2005.

SOSTANZE	2005		
	M	F	Tot
Qualsiasi sostanza illegale	38,0	29,2	33,2
Cannabinoidi	36,1	27,9	31,6
Cocaina	7,2	4,3	5,6
Amfetamine (incluso ecstasy)	5,6	2,7	4,0
Allucinogeni (LSD)	5,3	2,2	3,6
Eroina	0,9	0,7	0,8

dati sul consumo per tipologia di sostanza illecita (tabella 2), indicano che la cannabis risulta essere non solo quella sperimentata per prima, ma anche quella maggiormente consumata. Il 31,6% dei soggetti facenti parte del campione infatti, ammette di averne fatto uso almeno una volta nella vita (dato leggermente superiore a quello nazionale: ESPAD 2005 30,7%).

La prevalenza d'uso della cocaina riguarderebbe il 5,6% degli studenti toscani, anche in questo caso il consumo risulta più diffuso rispetto a quello nazionale che vede coinvolto il 4,8% del campione ESPAD.

L'utilizzo delle "nuove droghe" da parte dei giovani, è un fenomeno che negli ultimi anni è andato costantemente ad aumentare. Sembra infatti che queste sostanze soddisfino la ricerca di efficienza, di disinibizione, di piacere, supportata dalla convinzione purtroppo erronea, della loro minore nocività, dell'effetto reversibile e limitato nel tempo.

Relativamente al 2005, il consumo di amfetamine (compreso quello di ecstasy) è stato dichiarato dal 4,0% dei ragazzi, dato esattamente sovrapponibile con quello nazionale. Il consumo di allucinogeni (LSD) invece risulta al di sopra della media nazionale: il 3,6% degli studenti toscani contro il 2,3% dei coetanei italiani. Infine sarebbero lo 0,8% gli studenti toscani che hanno fatto uso di eroina.

Il consumo di sostanze illecite tra i giovani è risultato essere, coerentemente con la letteratura sui comportamenti a rischio, un fenomeno riguardante soprattutto i maschi (anche se la distanza tra i due generi negli ultimi anni si è molto accorciata), con un esordio attribuito principalmente ai cannabinoidi e per la maggior parte dei casi entro i 15 anni.

Le nuove forme di abuso: il fenomeno della poliassunzione

Se finora l'approccio analitico è stato quello di focalizzare l'attenzione ed il discorso sulle sostanze più usate, questo deriva dal fatto che si tratta di un accostamento di facile comprensione unito al vantaggio di essere in linea con la maggior parte degli indicatori del consumo di droga. Per altro, questo non tiene conto di un aspetto ormai fondamentale che caratterizza in modo distintivo il problema della droga in Europa e cioè il fenomeno della poliassunzione. Come affermato nell'ultimo rapporto

Tabella 3. Distribuzioni percentuali dei soggetti per consumo eccessivo di bevande alcoliche, consumo di tabacco, età al primo rapporto sessuale e rendimento scolastico, entro le modalità di consumo. Toscana 2005

Altre caratteristiche del campione	Consumatori nell'ultimo mese per modalità di utilizzo	
	Una sostanza (n=700)	Due o più sostanze (n=164)
Binge Drinking (almeno 5 bicchieri in una sola occasione)	%	%
NO	48,4	28,0
SI	51,6	72,0
Totale	100	100
Fumare regolarmente	%	%
NO	43,9	29,9
SI	56,1	70,1
Totale	100	100
Età al primo rapporto sessuale	%	%
> 14 aa	43,6	39,6
<= 14 aa	20,4	42,7
No rapporti	36,0	17,7
Totale	100	100
Rendimento scolastico	%	%
Molto buono	6,6	6,2
Abbastanza buono	35,6	24,7
Così così	37,4	42,0
Poco buono e pessimo	20,3	27,2
Totale	100	100

dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze l'analisi dell'impatto del consumo di sostanze deve prendere in considerazione il quadro articolato del consumo correlato di sostanze psicoattive tra cui l'alcol ed il tabacco. In Europa spesso la cannabis viene fumata assieme al tabacco con conseguenti implicazioni sia in termini di danni associati a tale comportamento sia per quanto concerne le attività di prevenzione. Alcune modalità di assunzione combinate risultano essere pericolose in quanto si assiste ad un potenziamento degli effetti e dei rischi delle sostanze, che possono procurare seri danni al soggetto stesso o a terzi (incidenti stradali, risse, ecc..).

Il fatto quindi di concentrarsi sugli andamenti tipici di una sostanza può essere fuorviante ove venga ignorata l'interazione tra i diversi tipi di droga. Se non mettiamo in relazione che un cambiamento osservato nella preferenza verso un tipo di sostanza (come sta accadendo per quanto riguarda la cocaina) è riconducibile alla variazione di modelli di consumo - come appunto il consumo associato di cocaina ed alcol - conseguente rinunciamo a predisporre gli strumenti più adatti per contrastare il problema.

I dati ricavati dallo studio ESPAD, indicano che l'8% degli studenti indagati riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali, dato ancor più preoccupante in Toscana in cui questa modalità di utilizzo arriva all'11% circa (EDIT 2005) sul totale del campione.

Come accennavamo, il poliassuntore sembra avere caratteristiche tali da contraddistinguerlo perfino rispetto al mono assuntore di sostanze: nella tabella 3 sono state confrontate le distribuzioni di alcune caratteristiche rilevate nel questionario EDIT con le modalità di assunzione delle sostanze illecite nell'ultimo mese (una sostanza rispetto a due o più). Tra coloro che fanno uso di più sostanze illecite, sarebbero il 72% quelli che consumano bevande alcoliche in modo eccessivo (Binge drinking = più di 5 bicchieri in una sola occasione) e, sempre tra i poliassuntori sono il 70% quelli che fumano sigarette in modo regolare rispetto al 51,6% ed al 56% dei monoassuntori. Chi consuma almeno due sostanze sembra essere più propenso ad avere rapporti sessuali entro i 14 anni di età. Ed infine, quasi il 70% dei ragazzi che assumono più

droghe riferiscono di avere un rendimento scolastico da mediocre a pessimo.

In conclusione quindi pare opportuno sottolineare come bisogna elaborare al più presto delle prassi migliori per individuare l'impatto della poliassunzione sull'efficacia degli interventi volti alla dissuasione ed alla prevenzione del consumo di sostanze psicotrope. Come abbiamo detto l'abbinamento tra più sostanze amplifica i rischi e rimanda quindi a modelli di prevenzione che siano in grado di affrontare in modo più trasversale gli aspetti più problematici dei nostri giovani più a rischio.

Per approfondimenti sulle ricerche citate nel presente contributo consultare www.arsanita.toscana.it

Eva Buiatti: eva.buiatti@arsanita.toscana.it

Fabio Voller: fabio.voller@arsanita.toscana.it



Aubrey Beardsley

Il diavolo vestito da sera

(<http://chrisbeetles.com/pictures.htm>)

Le nuove dipendenze ed i relativi trattamenti

*Paolo Eduardo Dimauro, Responsabile Dipartimento Dipendenze, Asl 8 Arezzo
Valentina Cocci, Psicologo Responsabile Gioco d'azzardo e Nuove Dipendenze, Asl 8 Arezzo*

Le nuove dipendenze

Il concetto di nuove dipendenze è entrato nella comune prassi dei servizi, e nella percezione collettiva delle Comunità, nell'ultimo decennio: si tratta, in realtà, di una formula omnicomprensiva che racchiude problematiche non facilmente comparabili, e diverse anche rispetto alla vetustà nel loro esordio.

Probabilmente, si è cominciato a parlare di nuove dipendenze prevalentemente in relazione a prassi operative classiche da parte dei servizi: nel 1990, epoca di emanazione del DPR 309, si sono organizzati sul territorio nazionale i SerT: sulla scorta di un allarme sociale consistente, si è data una risposta organica, sul piano preventivo, terapeutico e riabilitativo, ad un problema complesso, che all'epoca era identificato in modo prevalente con l'emergenza eroina; negli anni successivi, è emersa con chiarezza sempre maggiore la inadeguatezza di servizi così concepiti ad affrontare una serie di problemi che, per motivi diversi, si sono progressivamente evidenziati.

A questo scopo, possono essere operate distinzioni di vario tipo: una prima possibilità riguarda la presenza o meno di sostanze stupefacenti: da un lato, in questa ottica, si collocano le droghe legali tradizionali, come alcol e tabacco, ma anche le cosiddette droghe sintetiche, o entactogene, principalmente identificate con derivati anfetaminici di sintesi, dotati di potere psicoattivo rilevante; dall'altro, ci sono i comportamenti dipendenti senza droghe: gioco d'azzardo, shopping, internet ... compulsivi, fino a comportamenti additivi che integrano pratiche sportive tradizionali.

Viene così superata una impostazione tradizionale del problema, che declina le dipenden-

ze esclusivamente entro il perimetro di condizioni patologiche, per avvicinare sempre più il problema ad una condizione di normalità.

Le dipendenze da sostanze

• Tabacco

Il DSM-IV e l'OMS riconoscono l'assuefazione da tabacco come una forma di dipendenza che, con il suo miliardo e oltre di fumatori, rappresenta la tossicodipendenza più diffusa nel mondo.

Le ormai note evidenze che collegano il fumo di tabacco a gravi malattie e a morte prematura non solo del fumatore (si pensi soltanto agli studi sui danni del fumo passivo e del fumo in gravidanza) insieme all'entrata in vigore dal 10/1/2005 della Legge n. 3/2003 sembrano aver contribuito più recentemente nel nostro Paese ad un cambiamento culturale e nella percezione sociale del tabagismo come comportamento a rischio da parte della popolazione. Un dato interessante è l'aumento, nella nostra regione, degli ex-fumatori che rappresentano il 22% della popolazione al di sopra dei 14 anni¹.

Il processo di disassuefazione da fumo è molto vario e complesso e spesso il fumatore deve fare più di un tentativo per uscire definitivamente da questa dipendenza.

I pazienti fumatori, inoltre, possono presentare livelli di motivazione e di consapevolezza differenti che richiedono approcci diversi perché il trattamento sia efficace. Pertanto, come per altre forme di dipendenza, è necessaria una rete di risorse che la Regione ha potenziato grazie ai Piani Sanitari Regionali degli ultimi tre trienni e che comprendono: il personale sanitario con particolare attenzione ai medici di medicina generale a cui è stato rivolto un corso di formazione regionale nel 2002; i 27 Centri an-

¹ Dati sito Regione Toscana, agosto 2006

tifumo territoriali e ospedalieri delle Aziende Sanitarie della Toscana in cui si attua il protocollo dei programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco secondo le "linee di indirizzo 2005-2007" elaborate dal Gruppo Tecnico Regionale; altri enti o Associazioni che erogano trattamenti basati su prove di efficacia (tra questi la Lega Italiana contro i Tumori sezione Toscana); la sperimentazione di programmi antitabagici presso gli Stabilimenti termali (Delibera Regionale n. 338 del 28/02/2005).

I medici di medicina generale hanno un ruolo chiave sia nel promuovere la motivazione che nella gestione complessiva del processo di cessazione dal fumo. Si pensi soltanto che, secondo le linee guida italiane ISS 2002, raccomandare in maniera chiara e inequivocabile di smettere di fumare da parte del medico di medicina generale ai propri pazienti fumatori con un intervento breve di 2-3 minuti incrementa il numero di coloro che fanno dei tentativi seri per smettere.

Gli interventi strutturati per la cessazione del fumo si articolano principalmente in trattamenti farmacologici, psicologici (individuali e di gruppo) e integrati (farmacologici e psicologici).

Il trattamento farmacologico della dipendenza da nicotina può essere affrontato con varie strategie, tra cui la Terapia Sostitutiva Nicotinica nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, gomme, spray, inalatore, compresse) e il bupropione.

I trattamenti psicologici si declinano in counselling individuale e in counselling di gruppo. In entrambi i setting, si seguono le seguenti linee-guida: *data-limite* in cui si stabilisce la cessazione del fumare; eventuale scalaggio nei giorni precedenti o, in alcuni casi, sospensione immediata della sigaretta; rottura degli automatismi e delle associazioni (sigaretta/caffè, sigaretta/pausa TV, ecc.); inviti a trovare alternative più costruttive e altrettanto piacevoli al fumo da sigaretta. Nel trattamento di gruppo, si aggiungono alcuni elementi specifici come il sostegno reciproco dei membri, la condivisione delle difficoltà e delle motivazioni, la presenza di ex fumatori, il clima di incoraggiamento.

Trattamenti meno convenzionali sono il laser di auricolostimolazione, l'agopuntura, l'ipnosi.

• Alcol

I problemi sul piano personale, familiare e sociale connessi con l'uso di alcol sono simili a

quelli già descritti a proposito del tabacco: simile è la rilevanza sul piano epidemiologico, sulla possibilità di provocare patologie gravi, sulla sostanziale accettazione sociale. In relazione al primo punto, sono stati pubblicati negli ultimi anni numerosi rapporti significativi. Considerando la dipendenza più che i livelli di consumo, possiamo stimare che 23 milioni di Europei (il 5% degli uomini e l'1% delle donne) sono *alcoldipendenti* in un anno qualsiasi. (P. Anderson). Questo problema assume particolare rilevanza nei giovani, che sono stati oggetto di particolare attenzione nei documenti ufficiali degli ultimi anni; nella conferenza ministeriale europea sui giovani e l'alcol di Stoccolma del 2001, si afferma che in Europa un decesso su quattro nei giovani tra 15 e 29 anni è dovuto all'alcol, e nella stessa Carta Europea sull'alcol di Parigi del 1995 è dedicato largo spazio a questo aspetto e alla necessità di proteggere i giovani dalle conseguenze negative dell'alcol.

Per quanto riguarda la possibilità di provocare danni, questo riguarda sia il piano sanitario che sociale; nello stesso rapporto si afferma che sette milioni di adulti dichiarano di essere stati coinvolti in risse dopo aver bevuto nell'arco dell'ultimo anno. Sul piano strettamente sanitario, sono citati i seguenti dati: "...Oltre ad essere una sostanza che provoca dipendenza, l'alcol è la causa di 60 diversi tipi di malattie e condizioni, quali incidenti, disordini mentali e comportamentali, problemi gastrointestinali, tumori, malattie cardiovascolari, problemi immunologici, malattie polmonari, malattie dello scheletro e muscolari, problemi dell'apparato riproduttivo e danni prenatali, che comprendono un aumento del rischio di nascite premature e sottopeso. Nel panorama dei programmi terapeutico riabilitativi relativi ai problemi alcol correlati, negli anni recenti si è individuato, attraverso un percorso legislativo nazionale (L. 125/01) e regionale (Azione Programmata relativa alla organizzazione dei servizi alcolologici, del 1995), un modello organizzativo di riferimento per i servizi, accompagnato alla definizione di un percorso assistenziale integrato che la Regione Toscana è impegnata a verificare e ridefinire in questo periodo.

In relazione al modello proposto, si possono elencare alcuni elementi qualificanti: 1): La definizione di una responsabilità operativa nelle

équipes alcoliche appositamente costituite in ciascuna Asl all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze. In analogia a quanto esposto per le altre droghe, si conferma la necessità di individuare modelli di intervento e prassi operative nuovi rispetto a quanto previsto nei tradizionali modelli per l'eroina, a cominciare dalla necessità di attrezzare spazi idonei e separati: si tratta di tipologie di utenza solo parzialmente sovrapponibili, e che in generale non vivrebbero bene la necessità di frequentare gli stessi spazi. 2) La necessità di prevedere forme di collaborazione strutturate con il mondo dell'Associazionismo e del volontariato di settore, prevalentemente organizzati sull'ottica dell'auto aiuto (Alcolisti Anonimi, ma anche AL-Anon, Alateen: Allamani A.) e di un intervento di Comunità (Comunità multifamiliari o Club degli Alcolisti in trattamento: Dimauro P.E.); è opportuno ricordare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato questa come una delle modalità maggiormente efficaci per affrontare i problemi alcol correlati. 3. La necessità di rendere sistematici percorsi formativi per gli operatori, e strategie di intervento nel campo della prevenzione, nella premessa che una delle modalità più proficue per ridurre la prevalenza dei problemi alcol correlati sta nel ridurre i consumi di alcol nella popolazione generale; una attenzione particolare è dedicata ai problemi relativi al rapporto alcol guida, anche in relazione all'allarme sociale degli ultimi anni.

• Droghe Sintetiche

Le droghe sintetiche sono identificate principalmente con i derivati dell'anfetamina, da cui però si discostano per le caratteristiche psicoattive dopo la somministrazione acuta (effetti sia stimolanti che psichedelici) e per il rischio di insorgenza di neurotossicità (dopo somministrazione acuta a dosaggi elevati, o dopo somministrazione cronica a dosaggi più modesti). La droga chimica più conosciuta è l'ecstasy che agisce a livello serotoninergico provocando vari effetti: forte sensazione di be-

nessere, accresciuta confidenza con gli altri, esaltazione delle sensazioni, maggior capacità di percepire il ritmo e la musica. Per tali motivi, l'ecstasy e le droghe ad essa simili vengono dette entatogene (ossia "che toccano dentro", che favoriscono l'empatia).

Le complicazioni segnalate in seguito all'assunzione di queste sostanze si distinguono in a) effetti tossici acuti (aritmia, insufficienza renale acuta, asistolia, collasso cardiovascolare, ipertermia fino a 43° che può determinare il decesso, epatotossicità) che si caratterizzano per la mancanza di correlazione fra dose di sostanza assunta e severità delle conseguenze; b) effetti neuropsichiatrici indesiderati (ansia, attacchi di panico, confusione, depressione, anoressia, alterazione della percezione visiva, insonnia, sonnolenza - di durata inferiore ad un mese - e crisi di panico, flash-back, psicosi, turbe della memoria, depressione grave - di durata superiore al mese). Per quanto attiene agli effetti tossicologici e farmacologici, nelle droghe sintetiche occorre considerare una pericolosità aggiuntiva legata sia alla composizione globale del prodotto (presenza di reagenti e solventi residui, di prodotti intermedi di sintesi, ecc.) che ne potenziano, modulano o compensano gli effetti, sia all'associazione dell'ecstasy con altre sostanze (cannabis, alcol, inalanti, LSD, ansiolitici).

Dopo la cannabis, l'ecstasy in molti paesi d'Europa è al secondo posto tra le sostanze illecite più usate sia nelle indagini recenti sulla popolazione generale sia nelle indagini condotte nella popolazione scolastica² (Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze - Relazione annuale 2005). In Italia, buona parte dei consumatori hanno un'età che va dai 15 ai 30 anni, sono giovani di livello sociale e di scolarità medio-elevata e sono degli "sperimentatori", nel senso che non assumono più di tre compresse di ecstasy *lifetime* (nell'arco della vita); quasi sempre prendono la sostanza in gruppo, ma non necessariamente solo nelle discoteche o nel weekend.

Le droghe sintetiche hanno portato dei cambia-

² Da una ricerca condotta dal CNR di Pisa nel 2001 nella popolazione scolastica italiana, tra circa 21.000 studenti delle scuole medie superiori, risulta che il 2,6 % dei soggetti riferisce di aver fatto uso di ecstasy nel corso della vita.

menti importanti nel mondo delle dipendenze: 1) in uno scambio tra ambienti sociali normali e underground, l'uso della droga diventa ora un fatto personale vissuto all'interno di un contesto di inquietante normalità per vincere la noia ora un rituale dove la droga, insieme ad un certo tipo di musica, simbolizza il diritto al piacere privo di limiti temporali; 2) la presentazione di queste droghe sottoforma di pasticche vivacemente colorate e dai differenti loghi mette in contatto, illusoriamente, con un mondo pulito perché non esposto al rischio di infezione e neutralizza la percezione sociale di un comportamento a rischio collegata invece alle droghe che richiedono uno scambio di siringhe; 3) l'alterazione prodotta dalle droghe sintetiche a livello di critica e di giudizio a volte è molto sottile e si svolge in un tempo ristretto: questo rende gli effetti ancora più pericolosi perché irriconoscibili sia al soggetto interessato che a chi lo circonda e incrementanti la percezione di banalità e normalità dell'assunzione di sostanze, come se fossero la prova della compatibilità tra uso e normalità di vita.

Non considerandosi tossicodipendente, il consumatore di droghe sintetiche in generale e, a maggior ragione quando questi è un adolescente, tende a non rivolgersi spontaneamente al SerT e, quando arriva, è per problemi legali e/o sanitari (collassi, traumi da incidenti di diverso tipo) e/o psichiatrici intervenuti in seguito all'uso di queste sostanze.

La presa in carico da parte del Servizio richiede sempre un progetto personalizzato e prevede un'integrazione di trattamenti (psicologici, medici, sociali); spesso, vista l'età dei soggetti, il progetto terapeutico prevede la collaborazione con le famiglie e l'attivazione di setting terapeutici di gruppo.

Ma la grande sfida per i SerT è costituita dall'attuare progetti di intervento là dove i giovani si incontrano, discoteche e manifestazioni musicali in primis, in quanto contesti privilegiati per l'osservazione e lo studio del fenomeno ma soprattutto per progetti di prevenzione, unica azione in grado di porre limiti utili per costruire alternative valide di sé.

Le dipendenze senza sostanze

Per dipendenze senza sostanze si intendono le dipendenze da comportamenti come il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la

dipendenza da internet, la dipendenza affettiva e sessuale, la dipendenza da lavoro e da sport estremi.

Esse si differenziano dalle dipendenze da sostanze per alcuni elementi: si costruiscono e si autoalimentano in assenza di qualsiasi "oggetto esterno chimico"; hanno spesso a che fare con comportamenti del tutto legittimi e socialmente incentivati (il giocare, il comprare, il lavorare, ecc.); non sembrano interessare soltanto la fascia giovanile della popolazione; la maggior parte dei "dipendenti comportamentali" sembrano non avere nella loro storia elementi visibili di emarginazione e di rischio sociale.

Tuttavia, accanto a elementi di differenziazione sono evidenti elementi di connessione tra le diverse forme di dipendenza, comprensive o meno dell'uso di sostanze: nella tensione interna prima di iniziare il comportamento, nei meccanismi di assuefazione e tolleranza, nella perdita di controllo rispetto a quel comportamento, nella sensazione di mancanza e di ansia quando il comportamento viene interrotto. E se l'approccio teorico, che vede una linea di continuità tra dipendenze da sostanze e dipendenze senza sostanze, è supportato anche da evidenze cliniche e neurobiologiche (Zuckerman 1994, 1999), è sul terreno della pratica clinica che gli operatori dei SerT possono cogliere le affinità tra queste forme di *addiction* (dipendenza).

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo, che è la forma di dipendenza comportamentale più nota, secondo stime attendibili tra l'1 e il 3% della popolazione adulta nei Paesi occidentali è composta da giocatori patologici e circa il 6% delle persone ha un legame problematico con il gioco (N.O.R.C., 1999).

La percezione sociale del gioco d'azzardo come comportamento a rischio, tuttavia, è molto bassa e questo fenomeno, come tutte le dipendenze comportamentali, rischia di essere una problematica sommersa e nascosta (si pensi soltanto alla possibilità di giocare via internet) ma dai costi sociali e umani molto pesanti: rischio suicidario, separazioni coniugali, perdita del posto di lavoro, microilleciti, ricorso all'usura, ecc..

La Regione Toscana, in un'ottica di salute pubblica, ha inserito azioni programmatiche per il *gambling* (gioco d'azzardo) nel PSR 2005-2007 con obiettivi di riqualificazione degli operatori del Servizio Pubblico e del Privato.

to Sociale oltre che di sensibilizzazione della Comunità locale su queste nuove dipendenze (Documento GdL Regionale G.A.P., 2005).

I Servizi per le Tossicodipendenze della Toscana, forti dell'esperienza nel lavoro interdisciplinare per le tossicodipendenze, si sono organizzati strutturando, dove possibile, sistemi d'intervento "ad alta integrazione", capaci cioè di connettere in rete soggetti della comunità locale, istituzionali e non, per dare risposta ai bisogni complessi del giocatore e della sua famiglia: SerT, Enti locali, medici di medicina generale, volontariato, Forze dell'Ordine, politici, gestori, fondazioni antiusura, comunità residenziali per giocatori³.

Il gioco d'azzardo e le altre dipendenze comportamentali richiedono una presa in carico forte: da parte dello psicologo che accompagna il giocatore e la famiglia nella scoperta, spesso dolorosa, di ciò che sta dietro il sintomo; da parte dell'assistente sociale con il tutoraggio economico e la gestione del denaro; da parte del medico nella valutazione della comorbilità con le dipendenze da sostanze o con manifestazioni di disagio psichico e nel trattamento farmacologico. Per quanto riguarda quest'ultimo, negli ultimi anni molti studi riportano l'efficacia nell'utilizzo degli SSRI, in particolare la fluvoxamina e la sertralina.

La presa in carico del giocatore necessita inoltre di un coinvolgimento forte della famiglia che arriva al Servizio "danneggiata" a tanti livelli: nelle proprie risorse finanziarie, nei propri circuiti relazionali e comunicativi, nella speranza di un progetto comune. L'attenzione alla sofferenza familiare e l'incontro, in setting di gruppo, con altre famiglie accomunate dalle stesse problematiche permette di superare la vergogna e l'isolamento, allena ad abbandonare "copioni" disfunzionali che a causa, ma anche prima del gioco, si sono instaurati e aiuta a riscoprire il piacere di un quotidiano fatto di vincoli.

Come per le tossicodipendenze, i trattamenti per il gioco d'azzardo e le dipendenze comportamentali richiedono, dunque, un'integrazione di ap-

procci (clinica e rete territoriale), di professionalità (psicologo, assistente sociale, medico, educatore), di setting (individuale, familiare, gruppale) e di sedi trattamentali (ambulatoriale e residenziale).

Conclusioni

La questione delle nuove droghe, che si pongono come problematiche *di salute pubblica* per i costi non solo umani ma anche sociali e dell'intera Comunità, apre una riflessione sul nostro modo di pensare e di operare:

1. *a livello del concetto di dipendenza*: si assiste con le nuove droghe all'allargamento delle dipendenze *possibili* (il concetto di *addiction* ricomprende le dipendenze con e senza sostanze), alla diversificazione delle modalità e alla compresenza nello stesso soggetto di tipi diversi di dipendenza;
2. *a livello di rappresentazione sociale del SerT*: le nuove droghe costituiscono una sfida per i SerT che, fino a qualche anno fa collegati, in maniera stereotipata, soltanto al disagio e alla marginalità, sono chiamati ad attrezzarsi per diventare contesti terapeutici autorevoli rispetto a condizioni di *addiction* che si declinano più verso la *normalità*;
3. *a livello terapeutico*: la complessità e la varietà del fenomeno "addiction" ha portato a sviluppare la dimensione terapeutica sia verso approcci familiari-relazionali, per il ruolo che la famiglia ha prima e dopo l'instaurarsi della dipendenza, sia verso setting di tipo gruppale (vista anche la giovane età dei nuovi assuntori) che verso ambiti dove il confine tra intervento sanitario e intervento sociale è meno definito (gruppi di auto-aiuto, Comunità multifamiliari, ecc.);
4. *a livello organizzativo*: le nuove droghe pongono alcune questioni delicate ai Servizi, come la differenziazione dal SerT tradizionale (anche nella sede di accoglienza di questi nuovi utenti) e l'investimento in azioni di prevenzione primaria nei contesti di incontro dei giovani come lavoro per costruire la salute prima che per evitare la malattia.

Paolo Eduardo Dimauro: p.dimauro@usl8.toscana.it

³ In Toscana, su finanziamento regionale è attiva a Siena la Comunità Terapeutica "Orthos" per giocatori d'azzardo.

Il percorso assistenziale e la rete dei servizi nella nostra regione

Milo Meini – Responsabile Dipartimento Dipendenze, Asl 5 di Pisa

Le dipendenze da sostanze sono patologie primarie, croniche, con spiccata tendenza alle recidive ed alti tassi sia di mortalità che di comorbilità con altre condizioni morbose.

Per queste malattie, che rappresentano un rilevante problema per la salute pubblica, sia per l'impatto che hanno sulla sofferenza individuale e delle famiglie sia per i costi elevati per la società (stimati in oltre 57 miliardi di euro in Europa), si registra nel nostro Paese, così come in tutta Europa, un costante incremento della domanda di cura.

Esse condividono una patogenesi comune con altre patologie anch'esse correlate ad alterazioni del sistema cerebrale della gratificazione e caratterizzate da *craving* (desiderio) e da relazioni con situazioni e/o comportamenti connotate da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia.

Capaci di compromettere seriamente la qualità della vita sono caratterizzate da angoscia psicologica, disfunzione sociale e danno fisico con superamento della soglia dell'uso di sostanze psicoattive socialmente approvato.

Difficilmente le dipendenze sono interpretate quali malattie, in particolare se sostenute da sostanze o comportamenti illeciti, e ciò nonostante l'impegno prodotto in tal senso, fin dalla metà del secolo scorso, dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità.

Sono piuttosto stigmatizzate come comportamenti, devianti, immorali o criminali, sostenuti da scelte individuali.

Tale orientamento, da cui non è del tutto scervta neppure la Comunità scientifica, tende a ritardare l'accesso ai servizi e la precocità di diagnosi oltre a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure.

Anche la risposta ai trattamenti non sempre è misurata in analogia ad altre patologie croniche; ad esempio per valutare l'efficacia dei farmaci nelle dipendenze da sostanze si tende a

considerare la scomparsa dei sintomi o addirittura l'assenza di recidive *dopo* la sospensione della terapia e non la riduzione della sintomatologia *durante* il trattamento.

Oggi, sempre più spesso, si parla di *addiction* comprendendo in tale termine non solo i disturbi indotti da sostanze ma varie condizioni cliniche in cui l'elemento psiconeurobiologico essenziale è il piacere, nelle sue varie forme.

In base a numerosi fattori ed alla loro diversa rilevanza nel singolo caso (vulnerabilità individuale, liceità o meno della sostanza/e o del comportamento, condizioni socio-economiche e culturali, responsività ai trattamenti, malattie concomitanti, ecc.) l'*addiction* si estrinseca in quadri sanitari e sociali probabilmente tanto numerosi quanto i soggetti affetti. Il trattamento ha ovviamente maggiori probabilità di successo ove sia personalizzato con interventi multimodali, calibrati per ciascun paziente e tra loro sinergici nel perseguire la remissione della malattia ed il mantenimento/miglioramento della qualità della vita.

I percorsi assistenziali richiedono quindi un'organizzazione tesa a consentire un'elevata compliance ai trattamenti, una valutazione multidisciplinare e per assicurare l'erogazione di interventi sinergicamente coordinati tra loro. Per le dipendenze patologiche la Regione Toscana ha perseguito il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale necessaria per tali pazienti e ad assicurare al contempo un razionale utilizzo dei servizi, ospedalieri e territoriali.

Nell'ultimo decennio le possibilità di risposta sono andate perfezionandosi anche grazie a disposizioni regionali rilevanti per ciascun ambito di erogazione dei livelli di assistenza: ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semi-residenziale.

Con il Piano sanitario regionale è stato confer-

mato, a garanzia di continuità d'intervento nelle 24 ore, il mandato dei Pronto Soccorso e dei DEU per le condizioni di emergenza/urgenza, che occorrono rispettivamente in ambito ospedaliero e sul territorio.

Al contempo i Servizi Tossicodipendenze, operativi in ciascuna Zona Socio-Sanitaria ed a libero accesso per l'utenza, provvedono ad assicurare le attività finalizzate alla prevenzione e le prestazioni di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento.

I servizi pubblici e privati sono stati anche informatizzati con un software gestionale (cartella clinica elettronica), unico per tutto il territorio regionale.

Specifici atti hanno inoltre precisato il diverso apporto al circuito di cura dei servizi specialistici, del pubblico e del privato, e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini sia in ordine alla valutazione diagnostica multidisciplinare che nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

Per la dipendenza da nicotina specifici pacchetti assistenziali sono stati introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali, mentre per altre patologie, ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni (gioco d'azzardo patologico).

Contestualmente si osserva un serio impulso alla formazione professionale per dipendenze di grande attualità, come quella da cocaina ove in carenza di terapie farmacologiche di comprovata efficacia altri approcci terapeutici consentono risposte più congeniali ai bisogni assistenziali.

Si osserva inoltre una precisa volontà di rendere più conformi alle attuali esigenze anche settori organizzati da tempo, quale quello alcolico per il quale è stata avviata la revisione della specifica azione programmata regionale.

Se per le patologie indotte dall'alcol o dall'eroina, i Servizi Tossicodipendenze dispongono già da tempo di trattamenti ambulatoriali di provata efficacia per la riduzione del craving e/o per la prevenzione delle recidive le numerose strutture presenti sul territorio regionale oggi consentono anch'esse una scelta tra diverse opzioni. In tale ambito la Regione ha infatti disciplinato ben quattro diverse aree di intervento in cui si articola oggi l'offerta dei servizi di acco-

glienza, riabilitativi (ad orientamento terapeutico o pedagogico) e specialistici.

Questi ultimi sono stati differenziati anche per particolari tipologie di utenza quali le donne in gravidanza o puerperio o i pazienti con gravi comorbilità psichiatriche, in relazione alle diverse problematiche insite nella gestione dei diversi casi. I programmi sono stati orientati al reinserimento della persona nel suo contesto sociale.

Non a caso, per ciascuna tipologia di servizio, la Regione ha previsto l'assistenza medica di base e indicato la durata massima di permanenza dell'utente.

Nell'attuale disciplina è riscontrabile inoltre un orientamento regionale a concreto sostegno di strategie di riduzione del danno.

I servizi dell'area dell'accoglienza sono stati infatti preposti a soddisfare bisogni fondamentali, così da prevenire o ridurre rischi di cronicità sociale nella prospettiva di un successivo impegno terapeutico della persona cioè "indipendentemente dalla sua decisione di accettare, nell'immediato, un programma finalizzato al superamento della dipendenza".

In tale contesto generale i medici di medicina generale, referenti dei bisogni sanitari dei cittadini, possono esercitare un ruolo fondamentale per la loro capacità di orientamento della domanda, di accoglienza e di ascolto e per la verifica costante dei risultati raggiunti.

È del tutto evidente la loro importanza nell'educazione sanitaria degli assistiti e, più in generale, nel diffondere corretti orientamenti culturali, nell'accertamento precoce di necessità assistenziali o nel rilievo di sospetti clinici tali da indurre una tempestiva attivazione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici.

Fondamentale inoltre il recupero della centralità del rapporto medico/paziente nella gestione di persone con dipendenze in completa remissione. Per rendere strutturali i miglioramenti qualitativi è perciò necessario consolidare un sistema che organizzi le opportunità di accesso ai servizi garantendo ai cittadini la fruizione di percorsi assistenziali, a carattere sanitario e sociale, ed ai medici di medicina generale l'esercizio dei capisaldi della loro professionalità anche per i processi di cura dell'*addiction*.

Il ruolo della medicina generale

Dalla marginalità del medico di medicina generale alla sua centralità anche nella cura della persona tossicodipendente

Mauro Ruggeri - Medico di medicina generale, Asl 4 Prato

Il crescente fenomeno della dipendenza da sostanze determina un significativo impatto negativo sulla salute dei cittadini. Il medico di medicina generale quale medico della persona ha progressivamente assunto un ruolo determinante anche in questo ambito.

Il mutare degli scenari.

Le sempre più rapide variazioni socio-culturali, modificando in maniera continua, costume, usanze, abitudini, inevitabilmente vengono a ridefinire problematiche e bisogni di una popolazione.

Tutto questo appare particolarmente evidente in ambito sanitario, dove la variazione degli scenari impone una continua revisione di strategie e ruoli.

Il fenomeno delle dipendenze, da sempre rilevante e in continua evoluzione si è sostanzialmente modificato negli ultimi anni con l'introduzione di nuove sostanze e nuove modalità d'abuso.

Il numero delle persone, in particolare tra i giovani, che fanno uso di droghe, fino a divenire dipendenti, è in crescente aumento. Conseguentemente l'impegno della società per contrastare il fenomeno dovrà essere proporzionalmente crescente. In campo sanitario molte risorse sono impegnate per la cura delle patologie correlate alle tossicodipendenze, ma sempre più appaiono necessari interventi precoci ed orientati alla prevenzione.

Droghe

La relazione annuale 2005 sull'evoluzione del fenomeno delle droghe in Europa a cura dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze evidenzia i seguenti punti fondamentali:

- La cocaina sta diventando la sostanza stimolante preferita da parecchi giovani europei in svariate parti d'Europa.

- Tendenza al rialzo nell'uso delle anfetamine e dell'ecstasy.
- La cannabis è ancora la droga più diffusa in Europa.
- Fino a 2 milioni di consumatori problematici nella Unita Europea.
- La politossicomania è un fattore di primaria importanza nell'ambito del fenomeno delle droghe.
- La trasmissione eterosessuale supera il consumo di droga per via parenterale come via di contagio di nuovi casi di AIDS.
- Bassa prevalenza dell'HIV tra i consumatori di droga per via parenterale.
- Le epatiti B e C sono tra le principali cause di malattia tra i consumatori per via parenterale.
- La principale causa di decesso tra i consumatori di oppiacei è l'overdose e il numero dei decessi di persone in giovane età è in diminuzione.
- Più di mezzo milione di europei usufruisce attualmente di una terapia sostitutiva. L'uso di buprenorfina è ora più comune.
- Malgrado la crescita delle terapie sostitutive per il trattamento della dipendenza da oppiacei, il trattamento per altri tipi di droga resta limitato.

Alcol

Infine se allarghiamo la nostra osservazione alle dipendenze da alcol e da tabacco, il quadro assume proporzioni numeriche preoccupanti. Nel nostro paese, a partire dagli anni '80 si è assistito ad una progressiva riduzione del consumo complessivo di alcol, attestandosi a circa 7,5 litri annui pro capite nel 2000, valore comunque al di sopra di quanto raccomandato dall'OMS (6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni d'età e zero litri per quella d'età inferiore).

Il calo dei consumi complessivi di alcol è da attribuirsi alla riduzione del consumo del vino e

in minor misura dei superalcolici, mentre appare aumentato il consumo della birra.

Ma contestualmente alla riduzione complessiva dei consumi si assiste ad un aumento significativo del numero dei consumatori con la conseguente maggior esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati.

L'aumento della diffusione del consumo riguarda soprattutto le donne e i soggetti in età giovanile che rappresentano categorie particolarmente esposte al rischio di danni da alcol.

Il consumo "eccedentario" di alcol appare in calo negli uomini, ma in incremento nelle donne e nei giovani nei quali sono sempre più frequenti comportamenti a rischio quali i consumi fuori pasto, spesso eccessivi, in particolare nei fine settimana con conseguenti danni sanitari e sociali.

Tabacco

Il tabagismo con un miliardo e trecentomila fumatori rappresenta la tossicodipendenza più diffusa nel mondo. Il fumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura nei Paesi sviluppati e pertanto uno dei più gravi problemi di sanità pubblica.

In Italia circa un quarto della popolazione fuma. Mentre si è assistito ad una diminuzione dell'abitudine al fumo nei maschi, le donne non mostrano questa tendenza. Preoccupante è l'alto numero di giovani che si avvicinano sempre più precocemente al fumo. In Toscana la prevalenza del fumo tra le giovani donne è particolarmente alta.

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti:

- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e, al tempo stesso, fattore di rischio per numerose malattie correlate,
- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato,
- di tipo igienistico e legale, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Ruolo del medico di medicina generale

Appare evidente come in un simile scenario il ruolo del medico di medicina generale si sia progressivamente modificato assumendo sem-

pre più una connotazione determinante.

Se in passato i medici potevano riservare alle tossicodipendenze un'attenzione limitata e parziale, con il loro maggior sforzo, quasi esclusivamente, rivolto alla cura delle malattie conseguenti all'abuso di sostanze, oggi il medico di medicina generale si trova maggiormente impegnato nel campo della prevenzione e sempre più, gli sono richiesti interventi di tipo motivazionale, finalizzati al contrasto delle tossicodipendenze nei propri assistiti.

Le dipendenze interessano nelle loro manifestazioni la sfera psicologica, affettiva, relazionale e sociale del paziente e pongono al medico problemi più complessi di quelli squisitamente biologici e clinici.

Prevenzione

Il crescente uso di sostanze da parte di sempre più larghe fasce della popolazione giovanile espone molti al rischio di divenire dipendenti con conseguente grave danno per la salute.

Pertanto è indispensabile mettere in atto a più livelli processi educativi, rivolti prevalentemente ai giovani.

Il medico di medicina generale come primo referente sanitario dei cittadini è in grado di raggiungere praticamente tutta la popolazione compresa quella giovanile e di svolgere efficacemente azioni in ambito preventivo.

In particolare il medico di medicina generale dovrà fornire corrette informazioni sulla nocività di tutte le sostanze che possono determinare abuso e/o dipendenza patologica e sui danni biologici, psicologici e sociali derivanti dal loro uso.

Diagnosi

Il medico di medicina generale dovrà identificare tra i propri assistiti quelli tossicodipendenti o a rischio di tossicodipendenza, decodificando messaggi diretti o indiretti comunque acquisiti.

Nella maggioranza dei casi il paziente raramente riferisce il problema della tossicodipendenza e generalmente si rivolge al medico per altri motivi; per esempio, lo consulta per richiedere la prescrizione di farmaci "sospetti", non necessari come benzodiazepine, anoressizzanti, barbiturici, codeina, altri antidolorifici.

Per sospettare uno stato di tossicodipendenza,

il medico di medicina generale dovrà ricercare ed osservare una serie d'indicatori del paziente e del contesto. La giovane età, specialmente quella adolescenziale, è un importante indicatore del paziente. Dovranno essere prese in considerazione, al di là di eventuali patologie correlate o di sintomi o segni evidenti, disturbi psico-comportamentali come alterazioni del sonno, ansia, depressione, attacchi di panico, variazioni improvvise delle abitudini, calo del rendimento scolastico, difficoltà a svolgere l'attività lavorativa, frequenti incidenti stradali. Tuttavia, gli indicatori sono da considerarsi orientanti ma non patognomici. La loro valutazione, effettuata in maniera integrata, può portare al riconoscimento iniziale dell'esistenza di un "problema tossicodipendenza".

Quindi il medico di medicina generale dovrà condurre un colloquio di "primo contatto" con i soggetti probabilmente o certamente tossicodipendenti.

In questa fase, molto delicata, deve essere posta particolare attenzione alla relazione col paziente. Il medico deve astenersi da giudizi, mostrando capacità d'ascolto, deve usare un linguaggio verbale chiaro e coerente con quello non verbale. Le scelte del paziente, anche se non condivise devono essere rispettate, infine il medico dovrà ridefinire gli obiettivi del proprio intervento in base agli obiettivi del paziente. Successivamente, prima di definire un piano d'intervento è necessario condurre una diagnosi di tipo multiassiale di primo livello che consideri fondamentalmente 4 aree:

- **Area medica** dove verranno particolarmente indagate, oltre allo stato generale di salute del paziente, le patologie correlate alla tossicodipendenza.
- **Area tossicologica** dove, fondamentalmente si definiscono il tipo di sostanza, le modalità di assunzione, la durata e il grado della dipendenza
- **Area psicologico-psichiatrica.** Qui si osserva principalmente, oltre agli eventuali disturbi di ordine psichiatrico, l'atteggiamento psicologico del paziente rispetto alla sua situazione e più particolarmente la sua propensione ad abbandonare la dipendenza secondo il modello teorizzato da Prochaska e Di Clemente .

Stadi del cambiamento

- **Precontemplazione:** il paziente non si pone il problema, non contempla l'idea di smettere, giunge al medico per motivi casuali o contingenti.
 - **Contemplazione:** il paziente è caratterizzato dall'ambivalenza, può richiedere una consultazione e provare ad attuare un cambiamento.
 - **Determinazione:** viene ricercata una soluzione del problema, se l'opportunità viene colta si passa all'azione.
 - **Azione:** il paziente si impegna in azioni concrete volte al conseguimento del cambiamento.
- **Area sociale.** Si osserva prevalentemente, la situazione familiare, la rete delle amicizie, la situazione scolastica o lavorativa, la situazione economica finanziaria, eventuali problemi con la giustizia.

Terapia

Solo dopo un'attenta valutazione complessiva del paziente, potrà essere delineato un piano d'intervento.

Il medico di medicina generale come primo referente del paziente e responsabile della sua salute partecipa al processo di cura con interventi terapeutici direttamente erogati. Questi varieranno in base alle reali possibilità operative di ciascun medico, saranno più facilmente completi laddove può essere praticata la medicina in forma associata.

Per i pazienti con stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, per gli alcolisti e fumatori problematici dovrà essere proposto un intervento specialistico di secondo livello.

La definizione e il rispetto di ruoli e compiti è alla base del corretto rapporto tra la medicina generale e i servizi che erogano le prestazioni specialistiche.

La Legge 21 febbraio 2006 n° 49 con la riformulazione degli articoli 113 e 117 del testo unico (DPR 309/90) stabilisce che l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti può essere svolta in condizioni di uniforme parità, sia dai servizi pubblici (SerT), sia dalle strutture private espressamente autorizzate. Quindi accanto ai SerT opereranno, in condizioni del tutto paritarie, le strutture private, svolgendo funzioni di prevenzione e d'intervento contro

l'uso di sostanze stupefacenti.

Deve essere individuato e concordato per ogni paziente un percorso clinico assistenziale dove l'intervento specialistico sarà tanto più intenso quanto più complessa sarà la situazione di dipendenza.

La Legge 49/2006, che per molti aspetti ha modificato il DPR 309/90, lascia ai medici di medicina generale la possibilità di effettuare trattamenti terapeutici disintossicanti con farmaci sostitutivi secondo quanto stabilito dall'articolo 122 comma 3: *"Il programma è attuato presso strutture del servizio pubblico o presso strutture autorizzate ai sensi dell'articolo 116 o, in alternativa, con l'assistenza del medico di fiducia."*

Infine per tutti i pazienti in stato di dipendenza da sostanze il medico di medicina generale dovrà proporre ed attivare interventi di prevenzione secondaria e controllo delle patologie correlate.

Conclusioni

L'uso sempre più frequente di un grande numero di nuove sostanze, spesso fra di loro associate, da parte di larghe fasce di popolazione giovanile, le nuove modalità d'abuso, l'incremento del fenomeno della tossicodipendenza e delle patologie correlate determinano per il medico di medicina generale un maggiore impegno per attuare correttamente i necessari interventi preventivi, diagnostici e terapeutici che gli competono.

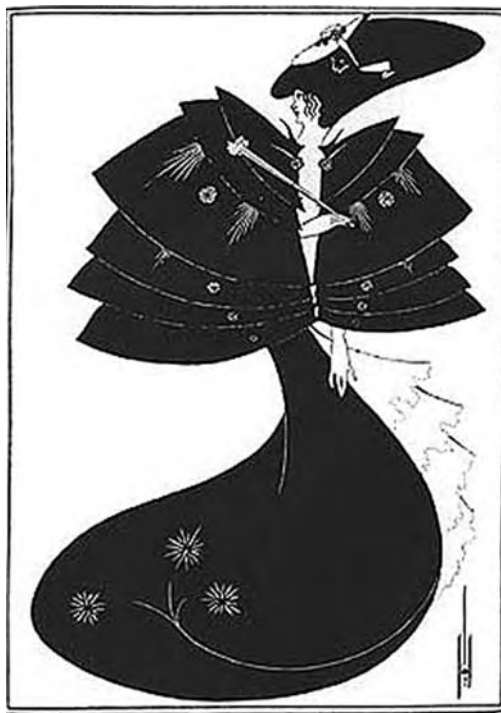
Se in passato, il medico di medicina generale era relegato in un ruolo marginale, spesso subordinato, attualmente ha assunto nella società e nei sistemi sanitari, un determinante ruolo centrale nella "cura" della persona e la medicina generale si è definitivamente caratterizzata come disciplina autonoma.

Il medico di medicina generale è normalmente il primo referente sanitario del cittadino, il suo approccio è centrato sulla persona, la sua relazione con gli assistiti è continuativa nel tempo, affronta le problematiche sanitarie negli aspetti fisici, psicologici, socio-culturali ed esistenziali secondo un modello olistico della professione particolarmente adeguato per la cura del paziente tossicodipendente caratterizzato da complesse problematiche mediche e psico-sociali.

Competenza professionale, disponibilità di tempo e di risorse sono i requisiti fondamentali necessari al medico, per attuare completamente il ruolo che gli viene assegnato.

Certamente, se la formazione continua permetterà di mantenere adeguata la competenza professionale, se la realizzazione di nuove forme organizzative delle cure primarie, quali le Unità di cure primarie, potrà incrementare l'efficienza degli interventi, è necessario che al medico di medicina generale venga riconosciuto ancora più chiaramente il proprio ruolo e che vengano assegnate alla medicina generale le risorse necessarie.

Mauro Ruggeri: ruggeri.mauro@tin.it



Aubrey Beardsley
Il mantello nero

(www.artcyclopedia.com/artists/beardsley_aubrey.htm)

La doppia diagnosi

Il fenomeno della comorbidità e le strategie di risposta

Paola Trotta - Responsabile Dipartimento Dipendenze, Asl 10 Firenze

L'assunzione di sostanze dotate di attività psicotropa è un fenomeno antico, esteso, ubiquitario: ogni cultura ha la/le sue sostanze ed ha individuato modalità e talora regole, scritte e non, per normarne l'uso – da forme religiose ritualizzate a forme di uso sociale fino a divieti, che giungono anche all'illegalità per certe sostanze o certe quantità o modi d'uso.

Le assunzioni di tali sostanze possono essere saltuarie, occasionali, sociali, ripetute, sistematiche, compulsive. Possono produrre abitudini e dipendenza, cioè forte o incontenibile appetizione, con eventuale sintomatologia da interruzione, cioè astinenza; possono ingenerare intossicazioni acute, talora mortali.

L'assunzione di sostanze psicotrope può inoltre essere causa, conseguenza, o fenomeno concomitante rispetto a disturbi psicopatologici, che possono variare a loro volta da singoli sintomi o segni di sofferenza psichica – configurando talora dei disturbi sottosoglia – fino a disturbi gravi e conclamati, anche di natura psicotica.

Le combinazioni ulteriori con tratti o disturbi di personalità diversi, per esempio con il disturbo antisociale e gli altri di cluster B, o, meno frequentemente di cluster C o A, secondo il DSM, con diverse condizioni familiari e di contesto sociale, variano e moltiplicano i quadri clinici con caratteristiche diagnostiche, terapeutiche, prognostiche molto diverse.

I fenomeni psicopatologici possono precedere, concomitare o seguire con, o anche senza, necessario nesso causale, l'uso di sostanze.

Il termine "doppia diagnosi" che nasce in ambito DSM, per indicare due qualunque diagnosi concomitanti in Asse I, è divenuto rappresentativo di questo particolare universo clinico, cioè una condizione in cui una stessa persona presenti una comorbidità con due disturbi (e due diagnosi in Asse I), uno correlato

all'abuso/dipendenza da sostanze, ed uno relativo alle sindromi psichiatriche, come nosograficamente oggi sono definite, ed in cui il disturbo psichiatrico non sia direttamente determinato o indotto dalla sostanza, come per esempio una psicosi paranoide da cocaina o una depressione da interruzione di cocaina.

Il tema è attuale, complesso, di grande rilievo epidemiologico ed interesse clinico, diagnostico, terapeutico e prognostico.

I dati statistici parlano a favore di una elevata comorbidità fra le due aree cliniche: semplificando e riferendosi a più studi di letteratura internazionale, almeno il 25% circa dei tossicodipendenti avrebbe una seconda diagnosi in Asse I, cioè una sindrome psichiatrica attuale, oltre abuso o dipendenza, ed almeno il 70% una diagnosi in Asse II, cioè un disturbo di personalità.

Viceversa molti pazienti curati e/o ricoverati in strutture psichiatriche presentano in anamnesi, o al momento del trattamento, uso, abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti fra il 30 e il 50% dei casi secondo diversi studi, con valori più alti soprattutto nordamericani.

Se, correttamente, fra le sostanze psicotrope interessate consideriamo anche l'alcol, almeno quando sia abusato o abbia prodotto dipendenza, il quadro, sul piano epidemiologico, si allarga ancora di più.

Dal punto di vista clinico questi pazienti pongono diversi problemi, a partire dalla diagnosi: i quadri possono essere sovrapposti e talora la primarietà di uno dei disturbi può non essere facilmente stabilita, con possibilità di lettura diversa fra medici o servizi diversi, per esempio l'alcolismo e la depressione molto spesso concomitano e definire la quota psicopatologica derivata dall'uso di alcol, dalla condizione di alcolista e quella che può essere, come disturbo distimico, alla base dell'alcolismo stes-

so può non essere facile, e possono esserci anche sovrapposizioni fra tutti questi quadri.

Ulteriori problemi riguardano la *compliance*, la capacità di *insight* (consapevolezza del problema) e valutazione/scelta della cura, maggiori in questi pazienti che in pazienti con ogni singola diagnosi. Spesso, per esempio, un paziente psicotico eroinomane non aderisce alle indicazioni terapeutiche per un forte craving per la sostanza, come un tossicodipendente monodiagnosi, ma anche per una ridotta o assente coscienza di malattia, come uno psicotico, e non si fida del terapeuta per motivi paranoidei, ma anche per una quota antisociale o talora imitativa di comportamenti di gruppo.

Naturalmente queste condizioni e comportamenti necessitano di approcci medici, e terapeutici in senso lato, anche abbastanza diversi ed i sistemi di cura, specialmente se rigidamente impostati e non formati su temi psicopatologici, possono talora essere messi in scacco da queste problematiche.

Le terapie sono complicate, oltre che dalla difficoltà clinico-diagnostica, anche da incertezze scientifiche ed etiche: per esempio non sempre è chiaro se, e quanto, prima della cura con farmaci antipsicotici o antidepressivi, il paziente debba essere disintossicato, e soprattutto, in una valutazione costi/benefici, cosa è meglio per un paziente che comunque resiste ad una completa disintossicazione e che, per esempio, se è uno psicotico con scarsa coscienza di malattia, non si può lasciare comunque senza una cura.

In letteratura ed anche nel dibattito tecnico e scientifico del nostro paese e della nostra realtà, è anche discusso chi e con quali modalità debba assumersi il compito della cura di questi pazienti.

I servizi che prevalentemente se ne occupano sono quelli delle Dipendenze e della Salute Mentale.

Le cure possono essere:

- *integrate*: le migliori, secondo i dati in letteratura, da riservare almeno ai casi più impegnativi, in cui entrambi i Servizi sono impegnati e viene scelto un unico terapeuta, per lo più psichiatra, che sempre può servirsi dei mezzi e risorse di entrambi i Servizi;
- *parallele*: i due Servizi seguono ognuno con i propri mezzi e personale il paziente, integran-

dosi secondo la necessità dei vari momenti clinici o in maniera costante e formalizzata;

- *sequenziali o con consulenza*: un Servizio segue il paziente riservandosi di consultare l'altro, per esempio per un parere su una particolare terapia farmacologica; o lasciando l'intervento dell'altro ad una fase successiva.

Nella nostra regione esistono anche diversi Protocolli che mirano a regolare le relazioni fra i Dipartimenti delle Dipendenze e quelli della Salute Mentale, per esempio quello di Pisa, con la partecipazione della Psichiatria Universitaria, già in atto che definisce e regola molto bene il momento dell'acuzie e del ricovero, o quello di Firenze, in fase di iniziale applicazione, che tende a definire con una certa appropriatezza le possibili modalità della presa in carico.

Al momento attuale i pazienti di fatto accedono al Servizio che essi o le loro famiglie scelgono, o a cui vengono indirizzati, perlopiù, dal medico di medicina generale, in base al bisogno che appare prevalente, e sono poi i medici di una struttura che, ravvisandone la necessità, attivano con diverse modalità i colleghi dell'altra.

La Regione Toscana ha riservato un'attenzione specifica a queste problematiche, nella Del. 1165/02, che definisce i requisiti e gli standard minimi di funzionamento per le Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti - in vista dell'accreditamento previsto già dalla Legge 502/92, delineando un programma specialistico per i pazienti a doppia diagnosi più complessi, cioè quelli che aggiungono alla dipendenza da sostanza un disturbo psicotico.

La prognosi, secondo i dati della letteratura internazionale, per questi disturbi è al momento peggiore che nei casi di singola diagnosi dell'uno o dell'altro tipo: sono maggiori le complicanze fisiche gravi, quali cirrosi epatiche e AIDS, le morti precoci, i suicidi; vi è infine più grave marginalizzazione sociale.

Obiettivi assolutamente necessari sono quindi quelli di facilitare l'accesso alla cura, calibrare le terapie farmacologiche, affinare e decidere in base ai bisogni del paziente la presa in carico e l'attivazione della rete, migliorare la qualità degli interventi, valutando i diversi processi e percorsi, descrivendo l'atteso ed i risultati ottenuti e studiando le varianze.

Paola Trotta: paola.trotta@asf.toscana.it

La bassa soglia

Gli interventi, le tipologie, la distribuzione sul territorio

*Don Armando Zappolini – Presidente Sezione Toscana
Coordinamento Nazionale Comunità di accoglienza*

I programmi di Bassa Soglia rivolti alla popolazione tossicodipendente attiva si basano sul presupposto di favorire al massimo l'accesso dell'utenza ai Servizi socio-sanitari pubblici e privati. Tali programmi sono caratterizzati dalla rinuncia a porre rigide soglie di ingresso ai servizi offerti, sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.) sia dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obblighi di intervista, richiesta di motivazioni al contatto ecc.).

Il concetto di Bassa Soglia, tuttavia, si connota soprattutto per la maggiore possibilità di entrare in relazione con i consumatori di sostanze; non si tratta pertanto di assenza di obiettivi, e quindi di aspettative da trasmettere, ma di riconoscimento dei bisogni immediati che la persona in difficoltà avverte come prioritari, come possibilità di instaurare una relazione significativa e intraprendere insieme un percorso personalizzato.

I servizi di bassa soglia si rivolgono a tutti i consumatori di sostanze, abituali e non. In particolare si rivolgono a persone che non hanno contatti con i SerT o con altri servizi socio-sanitari, che hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primarie e secondarie (famiglia, amici, gruppi di pari ecc.), con perdita transitoria dell'abitazione e delle risorse economiche, soggetti HIV positivi o in AIDS. I servizi di bassa soglia possono rivolgersi anche a consumatori in carico ai SerT ma che continuano a consumare sostanze da strada ed a consumatori (abituali e non) che frequentano i luoghi del divertimento e dell'intrattenimento giovanile (rave party, grandi eventi musicali)

Gli strumenti elettivi che caratterizzano un intervento a bassa soglia sono *l'ascolto, la relazione e la mediazione*.

L'ascolto è uno degli strumenti dell'accoglienza intesa come momento di riconoscimento della persona e di comprensione dei suoi bisogni. L'ascolto da una parte presuppone il mettere a tacere il proprio dialogo interiore per potersi avvicinare a chi si ha di fronte, secondo un approccio non giudicante e senza richieste, dall'altra significa ascoltarsi, sentire i propri sentimenti rimandandoli all'altro come strumento di relazione. Da ciò ne consegue che l'aspetto fondamentale della **relazione** è la capacità di offrire un ascolto empatico, riconoscendo e rimandando all'altro la competenza dei propri bisogni. L'accoglienza incondizionata, scevra da qualsiasi contratto, fondata su una relazione quotidiana instaurata dal semplice soddisfacimento dei bisogni primari e dalla condivisione di spazi e di vita in comune, spesso consente "l'aggancio" e l'inserimento in progetti più strutturati di persone che altrimenti non sarebbero riuscite ad utilizzare pienamente i Servizi. L'intervento di Bassa Soglia ha inoltre la valenza di **mediazione** con i Servizi Sociali e Sanitari. Un intervento quindi che informi la persona delle reali possibilità di sostegno ed inclusione sociale anche da parte dei Servizi del territorio. Il lavoro di mediazione è inteso anche come mediazione culturale rispetto al contesto ambientale, attraverso la promozione di un clima di accettazione per l'abbattimento dei pregiudizi che possono sussistere nel rapporto con i servizi socio-assistenziali, la rete sociale e le agenzie del territorio. Si tratta quindi di promuovere la persona all'esterno, nel contesto sociale in cui vive attraverso un attento lavoro di rete. Questo tipo di lettura presuppone la centralità della persona, capace di autodeterminazione, anche se in condizioni di estrema marginalità.

Possiamo individuare tre principali tipologie di interventi di bassa soglia attuati sul territorio nazionale:

Unità Mobile di Strada: servizi che utilizzano mezzi mobili (camper, furgoni) destinati al contatto con persone che consumano sostanze psicotrope, legali e/o illegali, nei loro contesti di incontro e di aggregazione con finalità informative, preventive, di riduzione dei rischi e di orientamento alle reti locali dei servizi.

Unità Fissa diurna o Drop in Center: servizi a sede stabile con offerta delle prestazioni tipiche delle unità mobili e di quant'altro consentito nell'ambito di una struttura fissa, ancorché diversamente realizzate e offerte in base alle possibilità: ad esempi assistenza sanitaria, consulenza legale, offerta di servizi di prima necessità quali docce, pasti, indumenti ecc..

Centro di accoglienza a bassa soglia con funzioni residenziali: offre le prestazioni dell'Unità Fissa diurna svolgendo anche una funzione di accoglienza notturna. Viene data quindi la possibilità di trascorrere del tempo nella struttura di per sé non finalizzata alla formulazione di un programma terapeutico a media o alta soglia.

La Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 143/2005 ha incaricato un Gruppo Tecnico, costituito da esperti del settore dipendenze operanti sia in ambito pubblico che privato, di definire e censire i servizi/progetti di bassa soglia attivi sul territorio regionale. I risultati della ricerca - che ha preso in considerazione le tipologie di servizi attinenti le Unità Mobili di Strada e le Unità Fisse - evidenziano che in Toscana sono presenti n. 13 Unità Mobili di Strada, distribuite nelle province di Arezzo, Firenze, Pisa, Livorno, Massa e n. 5 Unità Fisse distribuite nelle province di Firenze, Pisa, Livorno.

Nella maggior parte dei casi gli interventi di bassa soglia si sono potuti realizzare fino ad oggi grazie al Fondo Lotta alla Droga ed a finanziamenti ad hoc regionali o degli Enti Locali, mancando però strumenti normativi e di sistema che potessero dare dignità di servizio stabile e continuativo ad interventi che, in quanto progetti sperimentali, risentono della discontinuità dei finanziamenti.

La sopra citata Delibera 143/2005 ha inteso affrontare questa delicata questione andando

ad individuare strumenti che possano dare maggiore stabilità ai servizi di bassa soglia. Dall'aprile 2005 è stato infatti attivato un lavoro di monitoraggio e rilevazione del fabbisogno degli interventi rivolti a soggetti dipendenti ad alta marginalità sociale; tale lavoro dovrà portare a definire gli standard minimi funzionali e strutturali degli interventi e la loro relativa valorizzazione economica per garantire al meglio la messa a sistema di tali servizi. Infatti, un territorio che esprime attenzione ai diritti delle persone tossicodipendenti adottando risposte ai bisogni primari, proponendo e sperimentando percorsi di aggancio ed inclusione sociale su vari livelli, può risolvere anticipatamente una buona parte dei problemi connessi alla sanità ed alla sicurezza sociale.

Armando Zappolini: armando@zappolini.it



Aubrey Beardsley - *Isolde*

(www.artcyclopedia.com/artists/beardsley_aubrey.htm)

Il sistema delle Comunità

I nuovi modelli di comunità terapeutiche

Umberto Paoletti – Presidente Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Toscana

Negli anni '70 i problemi derivati dall'assunzione di droghe hanno acquisito una rilevanza importante e quindi la necessità di attuare interventi adeguati per fronteggiare i danni individuali e sociali che inevitabilmente ne scaturivano. I problemi erano tanto nuovi quanto complessi e gli strumenti tradizionali a disposizione inadeguati. La Comunità Terapeutica si dimostrò, ben presto, come l'intervento di elezione nel recupero del tossicodipendente.

L'urgenza della situazione impose interventi immediati e l'azione prevalse sulla riflessione.

Solo con il passare del tempo la complessità del fenomeno tossicodipendenza, oggi meglio identificato con il termine "addiction", inizierà ad essere svelata attraverso lo studio delle componenti biologiche, psicologiche e sociali che intervengono a determinare la cosiddetta "carriera tossicomana". Intanto la Comunità terapeutica si afferma come "la strada" giusta per uscire dalla tossicodipendenza. Bisogna però dire che la Comunità Terapeutica è uno strumento che può essere organizzato ed articolato in varie forme, dipendenti spesso dalla personalità del suo fondatore.

Ciò ha prodotto percorsi spesso molto diversi tra loro, in alcuni casi financo in contrasto. Qualcuno ha tradotto alla lettera quanto Ulisse riferisce in merito al suo intervento di recupero dei propri compagni di viaggio nel Paese dei Lotofagi: "Nel decimo giorno giungemmo al paese dei Lotofagi, i quali mangiano un cibo di fiori.Spedii alcuni compagni verso l'interno con l'ordine di andare ad informarsi che uomini erano quelli. Partivano essi e si trovarono ben presto in mezzo al Lotofagi. E non meditavano, i Lotofagi, la rovina ai compagni nostri, anzi diedero loro del loto da mangiare. E chi via assaggiava il dolce frutto del loto, non aveva più voglia di recare indietro notizie, più voglia di tornare,

ma volevano restare là, tra i lotofagi, a masticar loto, dimentichi di ogni ritorno. Ma io li ricondussi alle navi, in pianti, a viva forza li trassi in fondo alla stiva e li legai là, sotto i banchi. Poi ordinavo agli altri miei fedeli di salire in fretta sulle navi nessuno doveva dimenticarsi, mangiando di quel loto, il ritorno in Patria!"

Le diversità di impostazione hanno però prodotto una ricchezza di risposte tutte utili per fronteggiare un fenomeno estremamente complesso. A prescindere dalle classificazioni che si possono fare e che si sono fatte tutti i trattamenti residenziali che vengono proposti presentano delle caratteristiche di base comuni a tutte comunità terapeutiche, pur nel rispetto delle singole specificità.

Non può mancare il codice materno, tipico dell'accoglienza, né quello paterno portatore di norme, di controllo e di contenimento. Alla richiesta di aiuto si risponde con una offerta di trattamento intensivo teso al superamento del comportamento tossicomano, quindi delle vulnerabilità psicologiche, comportamentali e relazionali. "In tale nuova situazione l'utente si sente pesantemente immerso in una serie di relazioni umane che di continuo gli rimandano la propria immagine, vissuta abitualmente come negativa, ma nello stesso tempo sono a sua disposizione modelli identificatori alternativi a quelli carenziali o francamente patologici con i quali si è confrontato sino a quel momento." (G. Zanusso, M. Giannantonio Tossicodipendenza e Comunità terapeutica)

Altra caratteristica costante è la ritualizzazione della giornata tipo fondamentale per scoprire che c'è un tempo per tutto.

La Comunità Terapeutica, a prescindere dalle peculiarità sue proprie che la contraddistinguono dalle altre, si presenta come un porto sicuro dove potersi rifugiare per una tempesta improvvisa, per riparare un guasto, per ripren-

dere una rotta smarrita. In Comunità Terapeutica il tossicodipendente, o per meglio dire la persona che soffre per la sua dipendenza patologica, trova accoglienza ed accudimento, non viene colpevolizzata per la sua sofferenza. Ma oltre a questo, che può ascrivere al codice materno, inevitabilmente trova le restrizioni dell'altro codice, quello paterno, che essendo normativo fa sentire il peso delle regole e del contenimento suscitando sensazioni di irritazione ma per fortuna anche di forte rassicurazione.

Lo stato di emergenza viene percepito anche in Toscana. In diverse realtà, spesso sostenuti ed appoggiati dalla Chiesa, gruppi di volontari approntano progetti di intervento per aiutare quei ragazzi che vogliono uscire dalla schiavitù nella quale sono finiti. Il Gruppo Giovani e Comunità di Lucca nel 1976, il Centro di Solidarietà di Livorno nel 1977, il Centro di Solidarietà di Firenze nel 1980 i primi centri che il volontariato sociale ha attivato in forma di strutture in grado di fornire accoglienza. Nel 1981 si aggiunge la Comunità Incontro di Pistoia e poi a seguire tutte le altre strutture sino ad arrivare ad oggi che se ne contano 21.

Comunità che in qualità di Enti Ausiliari della Regione Toscana si riconoscono e si adeguano alle regole disciplinate dalla Regione stessa. Gli Enti Ausiliari sono sorti nelle varie realtà seguendo spesso percorsi molto diversi tra loro. Pur mantenendo le specifiche diversità, nei primi anni '90, gli Enti Ausiliari sentirono la necessità di incontrarsi per conoscersi e confrontarsi. Il perdurare nel tempo di tale desiderio, ma anche necessità di confronto, favorì la costituzione del Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana (C.E.A.R.T.). Tale Coordinamento si è posto come utile strumento per gli Enti aderenti sia per i rapporti interni che per quelli esterni. La stretta intesa con la Regione Toscana ha prodotto un patto di collaborazione che ha teso a valorizzare le esperienze delle Comunità nonché a favorire l'integrazione tra le azioni svolte dalle strutture del privato sociale con quelle delle strutture pubbliche che a partire dagli anni '80 erano andate considerevolmente ad assumere importanza nelle azioni di contrasto alla lotta alla droga. Integrazione che in Regione Toscana non si è esplicitata nel solo ambito de-

gli Enti Ausiliari ma ha avuto concreta attuazione tra il Pubblico ed il Privato Sociale.

Questo processo è evoluto così tanto che la Regione ha finito per considerare il C.E.A.R.T. come se fosse la tredicesima AUSL nell'attuazione del progetto SIRT.

Con la delibera 1165 la Regione ha costituito un gruppo tecnico, composto da responsabili dei Dipartimenti Dipendenze delle AUSL e responsabili degli Enti Ausiliari. Questo gruppo ha lavorato e continua a farlo monitorando lo sviluppo e l'applicazione della 1165 che rappresenta lo sforzo congiunto di portare ordine normativo nel variegato sistema di intervento sulla tossicodipendenza. Ispirandosi all'atto di intesa Stato Regioni del 1999 la Regione Toscana ha inteso specificare, all'interno di un quadro di riferimento chiaro, i servizi da porre in essere. Per ogni servizio sono specificati i requisiti minimi sia strutturali che funzionali che devono essere rispettati per l'attuazione del servizio stesso. Questa è una cosa importante. A compimento di questa sperimentazione, su tutto il territorio toscano le Comunità aderenti al CEART, così come le Comunità gestite dai servizi pubblici, pur nel mantenimento delle specificità individuali, garantiscono almeno quel livello minimo di intervento omogeneo. Il sistema Pubblico e quello del Privato Sociale non sono alternativi ma complementari. La centralità del Pubblico non può essere in discussione così come non può esserlo l'esperienza del Privato Sociale che si è fatta sapere, un sapere che può essere saggiamente utilizzato per costruire una strategia integrata di lotta alla droga o meglio ancora per la costruzione di percorsi tesi al benessere dell'uomo e quindi improntati al superamento della sua sofferenza.

Per raggiungere tale obiettivo è lecito domandarsi se la Comunità Terapeutica è ancora uno strumento di intervento valido. La risposta, al momento, è sì, è ancora valido. Perché nel mondo delle dipendenze i cambiamenti sono veloci e sono tanti ma la funzione della Comunità rimane da sempre, la stessa: aiutare la persona, laddove altri tipi di intervento non hanno prodotto i risultati sperati, ad intraprendere un percorso di crescita, in un contesto di protezione, che abbia nell'emancipazione della persona il suo obiettivo naturale e finale.

Umberto Paoletti: umberto.paoletti@tin.it

La prevenzione

Azioni nella comunità, nelle scuole e supporto alle famiglie

Guido Intaschi – Responsabile SerT, Asl 12 di Viareggio

Appare sempre più evidente la difficoltà di pervenire ad una definizione condivisa e univoca del concetto di prevenzione, incertezza confermata anche dalla letteratura scientifica sull'argomento.

A questo proposito *Teodora Macchia* dell'Istituto Superiore di Sanità ha ribadito recentemente (Congresso Federserd sulla prevenzione delle tossicodipendenze di Montesilvano, 17-19/05/2006) che in questo campo è necessaria una pausa di riflessione ed una attenta valutazione di ciò che è stato fatto finora per poi ripartire con idee più chiare e condivise ed ha sottolineato che si deve parlare non di "prevenzione" unica ma di "prevenzioni", in quanto gli interventi preventivi possono e devono essere differenti tenendo conto del contesto (sfera individuale, famiglia, coetanei/pari, scuola, Comunità) e del target di età, genere etc...

Si potrebbe sostenere che l'unica, preoccupante conclusione, è che resta difficile mettersi d'accordo su ciò che si intende per prevenzione e che, come per la politica, ognuno ha la propria opinione al riguardo. Pur tuttavia si può condividere che l'oggetto della prevenzione è il miglioramento della salute pubblica sia a livello fisico che psico-socio-relazionale.

Ciò che viene comunemente indicato con il termine di "Prevenzione" può avere, secondo una definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, una triplice accezione con tre livelli di intervento descritti dalle *Linee guida dell'Istituto Nazionale USA sull'Abuso delle Droghe (NIDA)*:

- Health promotion and investment (rafforzare, attraverso programmi "Universali" disegnati per la popolazione generale, le risorse e le capacità dei soggetti e del sistema nel suo insieme per promuovere le capacità del contesto più che il benessere del singolo)
- Prevention (agire, attraverso programmi

"Selettivi", su singoli gruppi o fasce di popolazione potenzialmente esposti al rischio per modificarne gli stili di vita, così da preservarli dalle difficoltà o comunque offrire loro strumenti utili per affrontarle quando esse si presentano)

- Early detection of disease (fare una diagnosi precoce e contrastare un processo di deterioramento già iniziato attraverso programmi "Indicati").

All'interno dei Servizi toscani per le dipendenze nel corso degli ultimi anni (come emerso nella Conferenza Dipendenze della Regione Toscana del 2002) è maturata la consapevolezza che fare prevenzione implichi:

- non tanto "impedire" comportamenti "a rischio" ma piuttosto "aumentare le chiavi di lettura" di una realtà sempre più complessa e mutevole e "promuovere" una riflessione nella comunicazione a vari livelli ed in vari ambiti di un sistema;
- necessità di assumere un'ottica progettuale e strategica, che garantisca durata degli effetti attraverso la continuità di interventi molteplici tra loro coordinati;
- necessità di porsi in un atteggiamento di ricerca e di attenzione alla efficacia e al rendimento di ogni intervento, assumendo un punto di vista progettuale e rinunciando ad interventi episodici ed occasionali.

Gli interventi di prevenzione, all'interno dei Servizi per le dipendenze della Toscana, riconoscono come protagonista privilegiato il mondo dell'adolescente e delle sue relazioni significative (famiglia, scuola, pari...). Uno dei problemi principali nell'affrontare con gli adolescenti l'argomento "droga" è proprio quello di trovare il coraggio e la serenità di parlarne, superando tabù ("se le tocchi muori...") cari al mondo degli adulti ma sicuramente poco riconosciuti ed apprezzati dal mondo dei giovani,

che spesso si basano su opinioni ben diverse ("le droghe sono uno sballo ...l'importante è non esagerare..."). Tutte le droghe, sia legali che illegali, sono sicuramente pericolose comportando sempre dei rischi e talora causando danni più o meno gravi ma, d'altra parte, tutte le droghe hanno effetti piacevoli e seducenti (come ben sottolinea il nome che le classifica sostanze stupefacenti) agendo sui centri del nostro cervello che regolano la dimensione del piacere. Attivare percorsi di prevenzione rispetto a questi soggetti significa mettere in campo competenze specifiche di ascolto e di osservazione, capacità comunicative e relazionali ma anche "attivare" – conoscenza come "fuoco da accendere", secondo il modello maieutico *life skills* (competenze per la vita) – relazioni significative che consentano di sperimentare una relazione di appartenenza nei vari ambiti di vita (scuola, tempo libero, lavoro, famiglia, sport), indispensabile perché possa svilupparsi quella gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base necessaria ad una crescita equilibrata ed alla capacità di fare scelte consapevoli.

Appare necessario nella programmazione degli interventi preventivi, partire dai più recenti dati scientifici internazionali (vedi concetto del rapporto NIDA di "prevenzione basata sulla ricerca"), che impongono una maggiore attenzione sia su una condizione di "vulnerabilità" costituzionale, che predisporrebbe allo sviluppo del Disturbo da uso di sostanze, sia sui danni biologici conseguenti, irreversibili e non; inoltre dare maggiore spazio alla ricerca e alla documentazione, guardando sia ai fattori di rischio endogeni ed esterni, che spesso negli adolescenti preesistono all'uso di sostanze (ad esempio: temperamento difficile-timido-introverso, aggressività, impulsività, problemi della condotta, difficoltà cognitive, genitorialità problematica, uso di sostanze nei familiari, compagnie devianti, disturbi d'ansia e dell'umore...) che a quelli di protezione che sembrano ridurre i rischi dell'abuso di sostanze (come: coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli, senso di appartenenza alla famiglia ed al tessuto sociale, buon adattamento e rendimento scolastico, proposta di orizzonti valoriali e socio-morali ed esperienze di volontariato).

L'insieme delle questioni poste impone strategie complesse degli interventi di tipo sociale e

sanitario da parte di diversi attori (Enti locali, Servizi Asl, Servizi del privato sociale, medico di medicina generale...) con sempre maggiori possibilità di collegamento e di collaborazione, che consentano una maggiore diffusione dei saperi (vedi ruolo dei Centri di documentazione-rete **CEDRO** in Toscana) e una maggiore integrazione degli interventi che devono essere coordinati e continuativi (vedi ruolo delle "Società della Salute" Toscane e più in generale della "Rete" dei servizi territoriali, come ad esempio il "Forum provinciale permanente per la prevenzione delle dipendenze da sostanze psicoattive" nato nel 2004 dalla collaborazione tra la Prefettura di Lucca, l'Amministrazione provinciale, le Asl 2 e 12 ed altri Uffici, Enti ed agenzie pubbliche e private che operano in materia di tossicodipendenza nel territorio provinciale lucchese).

Si è pertanto privilegiato negli ultimi anni in Toscana, sia nella scuola che nel mondo del divertimento, l'ambito della formazione delle figure significative per gli adolescenti – genitori, insegnanti, operatori del *loisir* (animatori del divertimento), ... – con l'obiettivo di aumentare le competenze educative e la responsabilità degli adulti, visti come "agenti di cambiamento" insieme ai giovani secondo l'approccio "skills for life"; approccio che tende a far apprendere ai giovani abilità cognitive, emotive e relazionali al fine di operare con competenza ed armonia sia sul piano personale che sociale, non sottovalutando anche i rischi delle droghe cosiddette "apripista" (nicotina, alcool, tetraidrocannabinolo) da considerare come veri e propri "inquinanti" del nostro cervello (approccio definito "ecologia della mente" da R. Gatti). In una recente rassegna *Botvin* sintetizza in 4 tipi l'intervento preventivo primario più sperimentato nella scuola: 1) *Informazione* 2) *Educazione affettiva* 3) *Influenza sociale (cambiamento culturale)* 4) *Promozione delle competenze (life skills training)*.

Dal punto di vista metodologico viene considerato fondamentale dalla maggior parte degli Autori in letteratura l'utilizzo della *maieutica* (cioè l'attivazione delle risorse "dal basso" e "dal dentro") e l'*empowerment* (nel senso di conferimento di potere o meglio "riappropriazione del potere") degli "esperti per esperienza" aiutati dagli "esperti per professione",

allestendo cioè un progetto preventivo che sia il più possibile vicino all'attività normale della scuola e del mondo dell'aggregazione e divertimento giovanile, nella prospettiva che siano gli insegnanti stessi e gli operatori del loisir adeguatamente formati a poterlo realizzare e gestire nel tempo in collaborazione con gli "esperti" delle dipendenze.

In sintesi, è importante che nei progetti di prevenzione che si svolgono con interventi a scuola – come ad esempio i Centri di informazione e consulenza (C.I.C.) previsti dalle normative statali ed attuati in gran parte degli Istituti Scolastici toscani, anche se con modalità differenziate –, siano combinati metodologie ed obiettivi mirati al problema specifico delle droghe, ma anche obiettivi aspecifici, che s'ispirino ad un modello di aumento della capacità degli adolescenti di far fronte ai problemi evolutivi, in cui si diano informazioni sulle sostanze corrette dal punto di vista scientifico e si aiutino i ragazzi responsabilizzandoli in rapporto al proprio comportamento a fare scelte di vita sane, resistendo all'influenza dei pari e più in generale del contesto socioculturale, che attraverso i mass media spesso spinge verso l'eccesso e l'addittivo, e aiutandoli a imparare a dire no (vedi messaggio di una recente campagna di prevenzione della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Il vero sballo è dire no").

In Toscana nel settore prevenzione delle Dipendenze molto è stato fatto con entusiasmo e inventiva da parte sia dei servizi pubblici che del terzo settore ma spesso senza sufficiente coordinamento e senza adeguata valutazione dell'efficacia, trattandosi di interventi preventivi di vario tipo (a carattere informativo, formativo, artistico-espressivo ...), di assoluta qualità ma circoscritti a territori ristretti ed esauriti in tempi troppo brevi alla scadenza dei finanziamenti.

Si sottolinea in particolare come cambiamento di tendenza in prospettiva futura il progetto DIVERTIMENTO SICURO come esempio di intervento di prevenzione rivolto ad una popolazione target di giovani, che ha portato alla costituzione di un gruppo di lavoro regionale stabile di operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e di rappresentanti di gestori di locali da ballo e, coniugando l'attività di informazione – sensibilizzazione con la sperimentazione di interventi innovativi capaci di utilizzare un linguaggio comunicativo sintoni-

co con quello dei giovani, punta all'obiettivo della riduzione delle condotte a rischio per la salute (come bere alcolici e mettersi alla guida) attraverso il cambiamento degli atteggiamenti e comportamenti individuali e di gruppo.

Tale progetto trae origine dall'idea che per promuovere efficaci interventi di prevenzione in favore dei giovani è necessario attivare la rete composta dalle Istituzioni Sanitarie e Sociali pubbliche, dal Privato Sociale e da altri soggetti privati che si occupano di giovani anche se non con finalità puramente sociali (come le Associazioni dei gestori di locali Confcommercio e Confesercenti). Nell'anno 2006 a partire dagli stessi operatori dei SerT, del Centro Alcolologico Regionale e delle altre agenzie della rete, si è concretizzato il progetto IL PILOTA, che attraverso lo strumento del "reality" e di un linguaggio tipico dei giovani, punta sempre all'obiettivo di ridurre i comportamenti a rischio (come la guida sotto effetto dell'alcol e/o di altre sostanze) e di facilitare modalità di divertimento più sane.

Guido Intaschi: g.intaschi@usl12.toscana.it



Franco Lastraoli - *Un cipresso magico*
Galleria Mentana, Firenze

L'uso terapeutico dei cannabinoidi

*Franco Laghi Pasini – Professore Ordinario di Medicina Interna
Direttore del Dip. Medicina Clinica e Scienze Immunologiche, Università di Siena*

I progressi raggiunti negli ultimi quindici anni nella comprensione dei meccanismi di azione del tetraidrocannabinolo (THC) e di altri cannabinoidi hanno fortemente ravvivato l'interesse internazionale circa il loro possibile impiego terapeutico. In alcuni paesi europei e nord-americani, diverse istituzioni pubbliche hanno incoraggiato e sostenuto la sperimentazione di farmaci a base di derivati dei cannabinoidi ed alcuni di tali prodotti risultano in commercio, regolarmente registrati con specifiche indicazioni. Per quanto riguarda il nostro paese, nonostante che l'uso terapeutico di alcune sostanze stupefacenti, inclusi i derivati della cannabis, sia autorizzato dal punto di vista formale (DPR 309/90), non essendo in Italia legalizzata la produzione di derivati dei cannabinoidi, la possibilità del loro impiego clinico è praticamente inesistente. Una recentissima revisione di tutti gli studi clinici controllati (Amar M.B. *J Ethnopharmacol* 2006; 105:1-25) ha individuato 72 studi condotti nell'uomo con metodologie adeguate: randomizzati, in singolo o doppio-cieco, contro placebo, escludendo tutti quelli eseguiti in aperto. Non dobbiamo peraltro trascurare il fatto che i trials clinici che coinvolgono cannabis o cannabinoidi contro placebo presentano delle difficoltà intrinseche, dal momento che, sebbene il placebo da utilizzare sia ben disegnato per non essere riconoscibile sulla base del gusto o del profumo, tuttavia le specifiche proprietà psicoattive dei cannabinoidi possono determinare la consapevolezza circa il prodotto assunto e parzialmente inficiare il valore dei risultati. Comunque la suddetta meta-analisi ha identificato dieci patologie per le quali sono stati pubblicati studi controllati: nausea e vomito associati a chemioterapia per il cancro, grave compromissione dell'appetito e cachessia in AIDS, dolore acuto e cronico di varia

origine, sclerosi multipla (dolore e spasticità), lesioni spinali (dolori e spasticità), sindrome di Tourette, epilessia, glaucoma, malattia di Parkinson e distonia. Le conclusioni di questa meta-analisi confermano che i cannabinoidi hanno un interessante potenziale terapeutico, soprattutto quali anti-emetici, stimolanti dell'appetito in gravi malattie debilitanti (AIDS e neoplasie), analgesici nel dolore acuto e cronico e nel trattamento della sclerosi multipla. Tuttavia è necessario ribadire che i cannabinoidi non devono comunque essere utilizzati in nessun caso come farmaci di primo impiego, neppure nelle condizioni in cui si sia dimostrata una loro efficacia terapeutica, in particolare come farmaci anti-emetici. Per ciascuna patologia inoltre rimane da definire quale tipo di cannabinoide e quale via di somministrazione (inalante, sub-linguale, enterale, transcutanea, rettale) possa risultare preferibile, al fine di ottimizzare gli effetti terapeutici e di ridurre al minimo l'incidenza di effetti collaterali. Questi debbono essere attentamente valutati tenendo conto della popolazione in esame: infatti effetti psicoattivi acuti possono evidenziarsi soprattutto in soggetti anziani o in pazienti particolarmente vulnerabili. Sebbene la possibilità dello sviluppo di una psicosi cronica indotta da cannabis o cannabinoidi rimanga controversa, si deve tenere poi in grande considerazione l'eventualità di altri effetti cronici indesiderati, quali ad esempio problemi respiratori e cardiovascolari. Sulla base di tali considerazioni, là dove la utilizzazione dei cannabinoidi risulta possibile, essi vengono impiegati in pazienti con ridotta aspettativa di vita o comunque in contesti strettamente controllati. E' da ricordare infine come recentemente sia stato attivato uno studio multicentrico, in doppio cieco, sull'impiego dei cannabinoidi nel trattamento del dolore

oncologico resistente ad altri farmaci analgesici, in pazienti in regime di ricovero ospedaliero, a cui partecipano istituzioni italiane e come diverse Regioni del nostro paese, a partire dal

2002, si siano attivate per sollecitare una regolamentazione nazionale per l'uso terapeutico della canapa indiana e dei suoi derivati.

Franco Laghi Pasini: laghi@unisi.it

La somministrazione controllata di sostanze

Maura Tedici – Responsabile Dipartimento Dipendenze, Asl 11 di Empoli

La somministrazione di farmaci sostitutivi nei programmi integrati rivolti ai tossicodipendenti da eroina trova una regolamentazione legislativa nel DPR 309/90, nel Legge 49/2006 e nella circolare del Ministro Costa (18/11/1994). La terapia con metadone, nei SerT della Regione Toscana, è accessibile ad ogni utente che ne faccia richiesta. Il metadone viene somministrato per os e ciò serve ad interrompere l'attività di iniezione endovenosa molto pericolosa per la salute dei tossicomani sia per la difficoltà di reperire accessi venosi che per l'attuale pericoloso taglio dell'eroina di strada. L'effetto determinato dal metadone si differenzia in base al dosaggio: intorno a 30 mg. ha valenza anti astinenziale, tra 30 e 60 mg riduce e può eliminare il ricercato effetto dell'eroina, sopra i 60 mg. ha un effetto di risoluzione del *craving* (desiderio incoercibile di sostanze) (sintomo cardine dell'eroinopatia).

Il dosaggio adeguato si determina attraverso un continuo counseling del medico al paziente, si riconosce, così, quali sono le caratteristiche del craving del soggetto, il suo metabolismo epatico, la sua escrezione renale, la residua funzionalità dei recettori neuronali. Per definire il dosaggio necessario al raggiungimento della condizione *drug-free* (libera da sostanze) si possono impiegare diversi mesi. Una volta stabilito il dosaggio adeguato le condizioni psicofisiche del soggetto si stabilizzano ed uno degli effetti più significativi dell'assunzione regolare del farmaco consiste nella normoforizzazione (con risultati apprezzabili anche nei casi di comorbilità psichiatrica).

La farmacocinetica del metadone ne garantisce gli effetti per circa 24 h. dall'assunzione e ciò consente al soggetto di recarsi al SerT una sola volta al giorno.

Dopo qualche mese dall'avvenuta completa sostituzione recettoriale del metadone e quindi dai primi risultati urinari negativi per la presenza di eroina, all'interno della relazione medico – paziente si concordano gli estremi di un iniziale affidamento del farmaco per uno o due giorni alla settimana come riconoscimento di una buona compliance. A seconda delle diverse pratiche dei SerT il paziente può recarsi ad assumere la terapia ed effettuare il relativo controllo urinario fino ad una sola volta a settimana.

Dopo circa 12 mesi di funzionamento del programma si può cominciare a concordare con il paziente un avvio di decondizionamento che ha una durata inversamente proporzionale al dosaggio raggiunto e che impiega molti anni prima di affrancare il soggetto dalla terapia sostitutiva.

Nel corso di questo lungo periodo e contemporaneamente alla riattivazione del sistema di gratificazione neuromonale, al soggetto (*drug-free* da tempo) si propongono interventi di rinforzo, intellettuale ed emotivo, sul nuovo stile di vita e sul cambiamento effettuato. E' in questa fase che il medico favorisce l'avvio di nuove relazioni terapeutiche tra il paziente e lo psicologo (percorso psicologico) o con l'educatore professionale (percorso educativo peda-

gogico) per favorire il passaggio dalla condizione drug free alla sobrietà.

Alcune situazioni cliniche, particolarmente complesse, non consentono l'affrancamento dal farmaco e in tali casi si attua il "mantenimento metadonico protratto, fino a quando (per motivi diversi) il soggetto non deciderà di sentirsi pronto per provare a vivere senza metadone. Anche in questi casi l'obiettivo raggiunto consiste nell'interruzione di uso di eroina e nella possibilità di una completa reintegrazione sociale.

Indubbiamente l'assunzione del metadone comporta alcuni effetti collaterali che possono ridurre la *compliance*. Fra questi il medico deve porre particolare attenzione all'aumento del peso corporeo, alla stipsi ostinata, alle crisi di profusa sudorazione che spesso stigmatizzano nel soggetto l'assunzione di una terapia così particolare. Per alcuni sintomi si sviluppa la tolleranza e così diventano più tollerabili, per altri è necessario che il medico moduli periodicamente, anche modificando di pochi mg., il dosaggio di stabilizzazione per offrire al soggetto l'opportunità di accettare consapevolmente la terapia.

Quanto descritto per la somministrazione di metadone è valido in massima parte anche per la buprenorfina (Subutex) farmaco agonista – antagonista, in commercio da circa 5 anni.

La buprenorfina si somministra in compresse sublinguali ed è stata recentemente inserita tra gli strumenti terapeutici del medico come alternativa al metadone. Di fatto è consigliabile proporre tale farmaco a soggetti con caratteristiche particolari come i tossicodipendenti giovani con breve storia di dipendenza e a coloro che, se hanno già effettuato terapie con metadone si sono saturati con un dosaggio non superiore ai 60 mg.

Rispetto ad alcuni sintomi determinati dal metadone la buprenorfina è più tollerata ma la sua azione agonista fino ad un certo dosaggio e poi antagonista comporta la necessità, comunque, di un attento monitoraggio da parte del medico per evitare episodi di autocura.

Ciclicamente si ripropone il tema della somministrazione controllata di eroina vediamo allora quali potrebbero essere le caratteristiche ed i vantaggi clinici di tale somministrazione.

Analizziamo in quale modo la sostituzione si differenzerebbe dalla precedente:

- l'eroina ha un'emivita breve, max 6 ore che, in un tossicodipendente anziano – per età di *addiction* (dipendenza) – diventa anche minore. Ciò comporta necessariamente una duplice somministrazione giornaliera (mattino – pomeriggio) e la difficoltà di "coprire" la notte. Ma anche la notte (come il giorno) dura circa 12 ore per cui ritengo che sia inevitabile somministrare ai pazienti un dosaggio aggiuntivo di metadone tale da consentire un congruo periodo di sonno ed evitare che il soggetto si svegli in "calo"

- l'eroina esercita il suo effetto se assunta per via endovenosa. I tossicodipendenti anziani hanno gli accessi venosi ostruiti dall'uso, continuare ad usarli (quand'anche riuscissero nell'intento) può significare per costoro elevato rischio vascolare ed infezioni correlate, anche se il materiale è sterile, proprio per il trauma meccanico esercitato dalla siringa

- l'eroina ha un effetto "up – down" non è normoforizzante per cui i soggetti che si dovrebbero recare al SerT due volte al dì potrebbero non poter utilizzare proficuamente il tempo intermedio perché rapidamente disforici rispetto alla seconda somministrazione. Inoltre l'altalena tra anestesia emotiva (up) ed irritabilità – depressione (down) a lungo andare potrebbe peggiorare il già deteriorato adattamento esistenziale di soggetti con disturbi di personalità antisociale (tra i tossicodipendenti più anziani questa categoria è intensamente rappresentata)

- l'eroina induce tolleranza (il metadone soltanto per alcuni suoi effetti ma non per la normoforizzazione). Non è quindi ipotizzabile, nel caso di somministrazione di eroina, il raggiungimento di un dosaggio di stabilizzazione dal quale, poi, avviare il decondizionamento. Si può prevedere invece la richiesta, da parte dei pazienti, di un periodico aumento di dosaggio nel tentativo di raggiungere il benessere che, proprio per l'insorgere della tolleranza, appena raggiunto si disintegra e determina un incremento progressivo del *craving*.

Ritengo quindi, per i motivi sopra descritti, che l'eroina sia una molecola per la quale l'uso controllato non sia prevedibile sia perché l'attivazione metabolica epatica che essa determina favorisce l'induzione di tolleranza ai suoi

effetti, sia perché l'altalena del tono dell'umore pluriquotidiano rende irraggiungibile l'obiettivo del miglioramento delle condizioni sociosanitarie dei malati.

I farmaci sostitutivi utilizzabili nell'eroinopatia consentono di curare e spesso guarire i pazienti ma è preferibile che tale terapia sia inserita all'interno di percorsi integrati di interventi relativi alle diverse professionalità presenti nel SerT: sarebbe infatti difficile per il medico valutare l'andamento della terapia senza l'ausilio degli infermieri e degli psicologi che quotidianamente osservano i pazienti o senza la possibilità di favorire nel soggetto un cambiamento comportamentale tramite il counselling socio lavorativo svolto dall'educatore e dall'assistente sociale.

Nelle altre patologie le possibilità terapeutiche come farmaci sostitutivi sono, al momento, le seguenti:

- 1) dipendenza da cocaina: attualmente non è disponibile alcun farmaco
- 2) dipendenza da alcol: si usa, semmai un farmaco antagonista avversivante come il disulfiram. Si può utilizzare il Ghb nell'astinenza ma è un prodotto che induce dipendenza e soprattutto *craving* per cui il suo uso è limitato a casi specifici e per tempi limitati
- 3) dipendenza da benzodiazepine (psicofarmaci): si può utilizzare come farmaco sostitutivo il barbiturico ma sempre come coadiuvante della disintossicazione e non per periodi prolungati

In sostanza l'efficacia di un farmaco agonista sostitutivo è espressa dalla sua capacità di alleviare – spegnere il *craving* rispetto alla droga utilizzata, senza determinare il *craving* per se stesso. Questa potrebbe essere anche la differenza tra droga e farmaco.

Maura Tedici: sert.empoli@usl11.toscana.it



Aubrey Beardsley – *Drago*

(www.artcyclopedia.com/artists/beardsley_aubrey.htm)



Franco Lastraioli - *Una notte serena*
Pinacoteca Palazzo Panciatichi, Firenze

Servizi e Comunità residenziali e semiresidenziali in Toscana

Elenco aggiornato al 31 ottobre 2006

AZIENDA USL 1 MASSA CARRARA

Servizi Pubblici

Dipartimento delle Dipendenze

Responsabile: Daniela Monali

Via del Popolo, 3 – 54011 Aulla (MS) – Tel. 0187/421675 – Fax 0187/421965

e-mail: d.monali@usl1.toscana.it

SerT Lunigiana

Responsabile SerT: Daniela Monali

Via del Popolo, 3 – 54011 Aulla (MS) – Tel. 0187/421675 – Fax 0187/421965

e-mail: d.monali@usl1.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Giov.: 8-14/15-19; Mart., Merc., Ven.: 8-14; Sab: 8-13

SerT Apuane

Responsabile SerT: Emilia Petacchi

Via Democrazia, 44 – 54100 Massa – Tel. 0585/493916-8 – Fax 0585/493940

e-mail: e.petacchi@usl1.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-14,30/17,30-19,30; Sab.: 7,30-14,30; Dom.: 8-12

Servizi del privato sociale

COMUNITÀ PEDAGOGICO RIABILITATIVA MONTE BRUGIANA SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

Legale rappresentante: Adriano Cacciatore

Via Brugiana, 32 – 54100 Massa (MS) – Tel. 0585/791408 – Fax 0585/791408

e-mail: brugiana@bicnet.it

Sede operativa: Monte Brugiana

Responsabile: Adriano Cacciatore

Via Brugiana, 32 – 54100 Massa – Tel. 0585/791408 – Fax 0585/791408

e-mail: brugiana@bicnet.it

Servizi erogati: Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 40 Adulti + 20 Minori

CENTRO DI CRESCITA COMUNITARIA - CAUGLIANO

Legale rappresentante: Gianfranco Martini

Via Napoli, 172 – 19122 La Spezia (SP) – Tel. 0187/718480 – Fax 0187/701511

e-mail: crescita@crescitacomunitaria.it

Sede operativa: La Fattoria

Responsabile: Maria Grazia Vatteroni

Loc. Caugliano al Monte – 54013 Fivizzano (MS) – Tel. 0585/92522 – Fax 0585/92063

e-mail: progetti@crescitacomunitaria.it, laura@crescitacomunitaria.it

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 24 Adulti + 6 Minori

AZIENDA USL 2 LUCCA**Servizi Pubblici****SerT Valle del Serchio****Responsabile SerT:** Dino Lombardi

Via Letizia, 45 – 55022 Bagni di Lucca – Tel. 0583/729473-4-5 – Fax 0583/729475-90

Via dell'Ospedale, 1 – 55032 Castelnuovo Garfagnana – Tel. 0583/669754 – Fax 0583/669747

e-mail: sertlucca@usl2.toscana.it, sertcast@usl2.toscana.it, d.lombardi@usl2.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Mart., Giov., Ven.: 7,30-15; Merc.: 7,30-19; Sab.: 7,30-14**SerT Piana di Lucca****Responsabile SerT:** Ellena Pioli

Via Barbantini c/o Ospedale Campo di Marte – 55100 Lucca – Tel. 0583/449804-7-8

Fax 0583/449817 – e-mail: sertlu@usl2.toscana.it, e.pioli@usl2.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-19,30; Sab.: 7,30-14**Comunità di recupero a gestione pubblica****Sede operativa:** Villa Adelasia**Responsabile:** Ellena Pioli

Via del Vecchio Ospedale, 373/D – 55050 Nozzano (LU) – Tel. 0583/369009 – Fax 0583/548009

e-mail: educatoriinvilla@tin.it

Servizio erogato: Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 12 Adulti**Servizi del privato sociale****CE.I.S. - GRUPPO GIOVANI E COMUNITÀ****Legale rappresentante:** Don Bruno Frediani

Via S. Giustina, 59 – 55100 Lucca – Tel. 0583/587113 – Fax 0583/419590

e-mail: ceisdilucca@tin.it

Sedi operative:**• Altopascio****Responsabile:** Maria Paola Fambrini

Via Marconi, 37 – 55011 Altopascio (LU) – Tel. 0583/216279 – Fax 0583/269301

e-mail: casa.crisalide.ceis@tin.it

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti**• Vecoli****Responsabile:** Chiara Bertolozzi

Via per S. Martino in Freddana - Loc. Vecoli – 55100 Lucca – Tel. 0583/349010

Fax 0583/349005 – e-mail: ceisvecoli11@virgilio.it

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 15 Adulti**• Pozzuolo****Responsabile:** Katuscia Tomei

Via per Vicopelago, fraz. Gattaiola, 3240 – 55100 Lucca – Tel. 0583/512184 – Fax 0583/515435

e-mail: comunitadipozzuolo@virgilio.it

Servizio erogato: Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 17 Adulti

AZIENDA USL 3 PISTOIA**Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Emilio Maionchi

P.zza degli Armeni, 10 – 51100 Pistoia – Tel. 0573/352489 – Fax 0573/21395

e-mail: e.maionchi@usl3.toscana.it

SerT Valdinievole**Responsabile SerT:** Fabrizio Fagni

Via San Marco, 40 – 51016 Montecatini T. – Tel. 0572/460061-2-3 – Fax 0572/913115

e-mail: sert.mnt@mail.vdn.usl3.toscana.it, fabfagni@tin.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7-17; Sab.: 7-13,30**SerT Pistoia****Responsabile SerT:** Emilio Maionchi

P.zza degli Armeni, 10 – 51100 Pistoia – Tel. 0573/352489 - 0573/450858

Fax 0573/21395 - 0573/450835 – e.maionchi@usl3.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Sab.: 8-14**Comunità di recupero a gestione pubblica****Sede operativa:** Colmate**Responsabile:** Fabrizio Fagni

Via Renaio, 26 – 51019 Loc. Le Colmate Ponte Buggianese (PT) – Tel. 0572/635624

Fax 0572/635624 – e-mail: sert.mnt@mail.vdn.usl3.toscana.it

Servizi erogati: Centro semiresidenziale di accoglienza, n. posti: 8 Adulti – Centro residenziale di accoglienza, n. posti: 12 Adulti**Servizi del privato sociale****GRUPPO VALDINIEVOLE - ASSOCIAZIONE FAMIGLIE LOTTA ALLA DROGA****Legale rappresentante:** Federico Bertocci

Via D. Manin, 22 – 51016 Montecatini Terme (PT) – Tel. 0572/930073 – Fax 0572/919266

e-mail: gruppo@gruppovaldinievole.it

Sede operativa: Cannelleto**Responsabile:** Iliara Francesca Martino

Via Macchino, 12/B - Loc. Cannelleto 51010 Massa e Cozzile (PT) – Tel. 0572/913692

Fax 0572/930073 – e-mail: gruppo@gruppovaldinievole.it

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 16 Adulti**CENTRO SOLIDARIETÀ DI PISTOIA ONLUS****Legale rappresentante:** Giovanna Magnani

Piazza dei Servi, 7 – 51100 Pistoia – Tel. 0573/368701 – Fax 0573/365231

e-mail: ceispt@tin.it, centrostudi@ceispt.org

Corso S. Fedi, 23 – 51100 Pistoia – Tel. 0573/976050 – Fax 0573/32823

e-mail: scuola.mantellate@email.it

Sedi operative:**• Casa dei glicini****Responsabile:** Silvia Benedetti

Via del Popolino, 9 – 51036 Cecina di Larciano (PT) – Tel. 0573/850259 – Fax 0573/975388

e-mail: centrostudi@cspt.net

Servizio erogato: Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio, n. posti: 4 Adulti + 5 Minori

- **Il Poggiolino**

Responsabile: Giordana Labas

Via del Popolino, 537 – 51036 Cecina di Larciano (PT) – Tel. 0573/838662 – Fax 0573/850259

e-mail: centrostudi@cspt.net

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 30 Adulti

- **Agorà**

Responsabile: Benedetta Tesi

Via Vecchia prov.le lucchese, 57 Loc. Masotti – 51030 Serravalle Pistoiese (PT) – Tel. 0573/51541

Fax 0573/918084 – e-mail: info@cspt.net

Servizio erogato: Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 12 Adulti

- **Serrantona**

Responsabile: Danila Sinolli

Via di Ciliegiano Loc Ponzano – 51100 Pistoia – Tel. 0573/430012 – Fax 0573/365231

e-mail: info@cspt.net

Servizi erogati: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti

ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO ONLUS NUOVI ORIZZONTI

Legale rappresentante: Chiara Amirante

Via Prenestina, 95 – 03010 Piglio (FR) – Tel. 0775/502353 – Fax 0775/502353

e-mail: piglio@nuoviorizzonti-onlus.com

Sede operativa: Nuovi Orizzonti - Pistoia

Responsabile: Loredana Seno

Via Castellina, 20 – 51030 Casore del Monte - Marliana (PT) – Tel. 0572/618067

Fax 0572/618067 – e-mail: pistoia@nuoviorizzonti-onlus.com

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 24 Adulti

COOPERATIVA SOCIALE "INCONTRO"

Legale rappresentante: Francesco Cappellini

Via San Biagio n. 114 – 51100 Pistoia – Tel. 0573/50431 – Fax 0573/975388

e-mail: info@cooperativaincontro.org

Sedi operative:

- **Collina 1**

Responsabile: Franco Marchesini

Via di Pastreta e Collina, 2/4 – 51030 Loc. Collina Pistoiese (PT) – Tel. 0573/470242

Fax 0573/975388 – e-mail: p.psicoterapeutico@agcionline.org

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 16 Adulti

- **Collina 2**

Responsabile: Franco Marchesini

Via di Pastreta e Collina, 2/4 – 51030 Loc. Collina Pistoiese (PT) – Tel. 0573/470000

Fax 0573/975388 – e-mail: p.doppiadiagnosi2@agcionline.org

Servizio erogato: Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 12 Adulti

- **San Felice**

Responsabile: Franco Marchesini

Via di Calabbiana, 9 – 51030 Loc. Calabbiana San Felice (PT) – Tel. 0573/41158 – Fax 0573/975388

e-mail: p.approdo@agcionline.org

Servizio erogato: Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 12 Adulti

- **Uzzo**

Responsabile: Franco Marchesini

Via dei Ciatti 23-25-27 – 51100 Loc. Corbezzi-Uzzo (PT) – Tel. 0573/475152 - 0573/474012

Fax 0573/975388 – e-mail: polo.uzzo@agcionline.org

Servizi erogati: Centro residenziale di accoglienza, n. posti: 4 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 12 Adulti – Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 8 Adulti

- **Serravalle (alcolisti)**

Responsabile: Franco Marchesini

Via delle Ville – 51030 Loc. Masotti Serravalle Pistoiese (PT) – Tel. 0573/51635

Fax 0573/975388 – e-mail: p.detoxalcol@agcionline.org

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 9 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 5 Adulti – Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 4 Adulti

- **Sammommè**

Responsabile: Franco Marchesini

Via di Sammommè alla Collina, 37 – 51030 Sammommè (PT) – Tel. 0573/470230

Fax 0573/975388 – e-mail: p.psicopedagogico.acc@agcionline.org

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti

- **Ponte Petri**

Responsabile: Franco Marchesini

Località Pian di Serra – 51027 Pontepetri (PT) – Tel. 0573/490300 – Fax 0573/975388

e-mail: p.psicopedagogico@agcionline.org

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 16 Adulti

- **San Biagio**

Responsabile: Franco Marchesini

Via San Biagio, 114 – 51100 Pistoia – Tel. 0573/50431 – Fax 0573/975388

e-mail: agci@agcionline.org

Servizi erogati: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti – Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 24 Adulti

- **Corso Amendola**

Responsabile: Franco Marchesini

Corso Amendola, 6 – 51100 Pistoia – Tel. 0573 /31180 – Fax 0573/975388

e-mail: p.reinserimento@agcionline.org

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 4 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 6 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti

AZIENDA USL 4 PRATO

Servizi Pubblici

SerT Prato

Responsabile SerT: Giuliano Villani

Via Cavour, 118 – 59100 Prato – Tel. 0574/25051 - 0574/31334 – Fax 0574/22614

e-mail: gvillani@usl4.toscana.it

Servizi del privato sociale

CENTRO DI SOLIDARIETÀ DI PRATO ONLUS

Legale rappresentante: Don Silvano Vannucchi

Via Salita dei Cappuccini, 1 – 59100 Prato – Tel. 0574/603333 – Fax 0574/606163

e-mail: info@csponline.it

Sede operativa: La Pieve

Responsabile: Alfredo Arisi

Via Di Galceti, 72 – 59100 Prato – Tel. 0574/467783 – Fax 0574/693963

e-mail: ctlapieve@csponline.it, info@csponline.it

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 30 Adulti

COOPERATIVA ESTATE**Legale rappresentante:** Patrizia Bartolini

Via Brunelleschi, 36 – 59100 Prato – Tel. 0574/590702 – Fax 0574/572392

e-mail: coopestate@tiscalinet.it

Sede operativa: Cerchio di gesso**Responsabile:** Stefano Tommasi

Via Carlo Livi, 47- 59100 Prato – Tel. 0574/24040 – Fax 0574/24040

e-mail: coopestate@tiscali.it

Servizio erogato: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 10 Adulti**AZIENDA USL 5 PISA****Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Milo Meini

Via Zamenhof, 1 – 56100 Pisa – Tel. 050/954210-32 – Fax 050/540864

e-mail: m.meini@usl5.toscana.it

SerT Pisa**Responsabile SerT:** Donatella Paffi

Via delle Torri, 60 – 56124 Pisa – Tel. 050/954951 - 050/954967 – Fax 050/954950

e-mail: d.paffi@usl5.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-19,30; Sab.: 7,30-14**SerT Alta val di Cecina****Responsabile SerT:** Valerio Cellesi

Via Borgo S. Lazzaro, 5 – 56048 Volterra (PI) – Tel. 0588/91870/6 – Fax 0588/91940

e-mail: v.cellesi@usl5.toscana.it, sert.volterra@usl5.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Sab.: 7-15**SerT Val d'Era****Responsabile SerT:** Milo Meini

Via Fleming, 1 – 56025 Pontedera (PI) – Tel. 0587/273731-2 – Fax 0587/273728

e-mail: sert.valdera@usl5.toscana.it, m.meini@usl5.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7-19; Sab: 8-13**Comunità di recupero a gestione pubblica****Sedi operative:**• **Passo di Barca****Responsabile:** Donatella Paffi

Via Taddei, 12 – 56124 Pisa – Tel. 050/578726 – Fax 050/578726

e-mail: d.paffi@usl5.toscana.it

Servizio erogato: Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 8 Adulti• **La Bianca****Responsabile:** Milo Meini

Via Campagna Levante – 56025 Pontedera (PI) – Tel. 0587/57009 – Fax 0587/57009

e-mail: apo1967@libero.it

Servizi erogati: Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 6 Adulti – Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 10 Adulti

Servizi del privato sociale**COOPERATIVA SOCIALE S.R.L. "IL DELFINO"****Legale rappresentante:** don Armando Zappolini

Via G. Gramsci, 56 56030 Lari – Perignano (Pi) – Tel. 0587/618464 - 050/572847

Fax 0587/615429 - 050/572848 – e-mail: ildelfino@valdera.coop, ildelfinopisa@libero.it**Sede operativa: Il Doccio****Responsabile:** don Armando Zappolini

Via Rio di Vaiano, 1– 56031 Bientina (PI) – Tel. 0587/714530 – Fax 0587/714530

e-mail: ildelfinodoccio@libero.it*Servizi erogati:* Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti – Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 5 Adulti**AZIENDA USL 6 LIVORNO****Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Henry Margaron

Via Tiberio Scali, 11 – 57121 Livorno – Tel. 0586/223102 – Fax 0586/223114

e-mail: h.margaron@usl6.toscana.it**SerT Bassa Val di Cecina****Responsabile SerT:** Gianna Battini

Via dell'infanzia, 9 – 57023 Cecina – Tel. 0586/680601 – Fax 0586/631202

e-mail: socialeser.t@nord.usl6.toscana.it, sert.cecina@nord.usl6.toscana.it*Orario Ambulatorio:* Lun.: 8-14/20-22; Mart., Giov. e Ven.: 8-14; Merc.: 8-14/16-19; Sab: 8-13,30**SerT Livorno****Responsabile SerT:** Henry Margaron

Via Tiberio Scali, 11 – 57100 Livorno – Tel. 0586/223102-1 - 0586/444130

Fax 0586/223114 0586/223587 – e-mail: ser.t@usl6.toscana.it, h.margaron@usl6.toscana.it*Orario Ambulatorio:* da Lun. a Ven. 7-17,30; Sab.: 7-14; Dom.: 8-12**SerT Val di Cornia****Responsabile SerT:** Cristiana Tilli

Via Veneto, 41 – 57025 Piombino – Tel. 0565/67617 - 0565/67716 - 0565/67624 – Fax 0565/67624

e-mail: sert@sud.usl6.toscana.it, c.tilli@sud.usl6.toscana.it*Orario Ambulatorio:* da Lun. a Ven.: 8-15; Sab.: 8-12**SerT Elba****Responsabile SerT:** Giancarlo Gasparini

Via Garibaldi, 1 – 57037 Portoferraio – Tel. 0565/930871 - 0565/945867 – Fax 0565/915825

e-mail: dipendenze.elba@sud.usl6.toscana.it, r.sert.elba@sud.usl6.toscana.it*Orario Ambulatorio:* da Lun. a Gio.: 8-17; Ven: 8-14**Comunità di recupero a gestione pubblica****Sedi operative:**• **Le Pianacce****Responsabile:** Cristiana Tilli

Loc. Le Pianacce, 12 – 57025 Piombino (LI) – Tel. 0565/28046 – Fax 0565/28046

e-mail: c.tilli@sud.usl6.toscana.it*Servizi erogati:* Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 7 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 4 Adulti

- **I Salci**

Responsabile: Gianna Battini

Via G. Rossa, 63/66 - Loc la Morellina – 57013 Rosignano M.mo (LI) – Tel. 0586/790124

Fax 0586/790124 – e-mail: g.battini@nord.usl6.toscana.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 8 Adulti

- **Pian della Rena**

Responsabile: Henry Margaron

Via della Porcigliana, 45 – Loc. Castellaccio – 57100 Livorno – Tel. 0586/579160

e-mail: h.margaron@nord.usl6.toscana.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 4 Adulti

Servizi del privato sociale

CE.I.S. LIVORNO - ONLUS

Legale rappresentante: Marina Zazo

Via Chiesa di Salviano, 10 – 57124 Livorno – Via Contessa Matilde, 64 56100 Pisa

Tel. 0586/426878 050/555074 – Fax 0586/411904 – e-mail: ceislivorno@tiscali.it, zazo.m@aliceposta.it

Sedi operative:

- **Parrana San Martino**

Responsabile: Marina Zazo

Via S. Martino, 10 – 57014 Livorno – Tel. 0586/974200 – Fax 0586/974200

e-mail: ceislivorno@tiscali.it

Servizi erogati: Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 8 Adulti – Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 6 Adulti

- **Valle Benedetta**

Responsabile: Marina Zazo

Via della Valle Benedetta, 253 - 57124 Livorno – Tel. 0586/560059 – Fax 0586/560059

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 10 Adulti

- **Salviano**

Responsabile: Marina Zazo

Via della Chiesa di Salviano 10 - 57124 Livorno – Tel. 0586/862955 – Fax 0586/862955

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti

ASSOCIAZIONE SAN BENEDETTO - ONLUS

Legale rappresentante: Fabio Tanozzi

Via dell' Industria, 9 – 57122 Livorno – Tel. 0586/888101 – Fax 0586/892022

e-mail: info@associazionesanbenedetto.org

Sede operativa: San Benedetto

Responsabile: Daniela Tarquini

Via dell' Industria, 9 – 57122 Livorno – Tel. 0586/888101 – Fax 0586/892022

e-mail: info@associazionesanbenedetto.org

Servizio erogato: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 20 Adulti

“FONDAZIONE EXODUS” - LACONA

Legale rappresentante: Don Antonio Mazzi

Via dei Vigneti, 61 – 57031 Loc. Lacona - Capoliveri (Li) – Via Marotta, 18/20 – 20134 Milano

Tel. 0565/964488 02/210151 – Fax 0565/964735 02/2153621

e-mail: elba@exodus.it, exodus@exodus.it

Sede operativa: Lacona**Responsabile:** Franco Taverna

Via dei Vigneti, 61 – 57031 Capoliveri (Li) – Tel. 0565/964488 – Fax 0565/964735

e-mail: elba@exodus.it

Servizi erogati: Centro residenziale di accoglienza, n. posti: 1 Minore – Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 7 Adulti + 2 Minori – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 1 Adulto**AZIENDA USL 7 SIENA****Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Massimo Paterni

Via Piero Calamandrei, 49 – 53045 Montepulciano (SI) – Tel. 0578/719753 – Fax 0578/719745

e-mail: m.paterni@usl7.toscana.it

SerT Amiata senese**Responsabile SerT:** Anna Maria Sbrilli

Via Serdini (ex inam), 46 – 53021 Abbadia San Salvatore – Tel. 0577/776187 – Fax 0577/776587

e-mail: sert.amiata@usl7.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-13,30 + 2 pomeriggi a settimana variabili**SerT Alta val' Elsa****Responsabile SerT:** Mateo Ameglio

Via Porta Vecchia, 21 – 53034 Colle Val d'Elsa – Tel. 0577/994984 - 0577/994985

Fax 0577/922107 – e-mail: m.ameglio@usl7.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Merc., Giov. e Ven.: 7-14,15; Mart.: 7-14,15/15-19**SerT Val di Chiana Senese****Responsabile SerT:** Massimo Paterni

Via Piero Calamandrei 49 – 53045 Montepulciano – Tel. 0578/719753 - 0578/719744

Fax 0578/719745 – e-mail: m.paterni@usl7.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-15,15**SerT Siena****Responsabile SerT:** Mario Pellegrini

Via Pian d'Ovile, 11 – 53100 Siena – Tel. 0577/585930 - 0577/585965 – Fax 0577/585992

e-mail: m.pellegrini@usl7.toscana.it, sert.siena@usl7.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Mart., Merc. e Ven.: 7-14; Gio: 7-14/15-19**Servizi del privato sociale****CSA CENTRO SOLIDARIETÀ DI AREZZO****Legale rappresentante:** Ubaldo Balò

Via Dietro le Campane, 13 – 52100 Arezzo – Tel. 0575/302038 – Fax 0575/324710

e-mail: csaonlus@tin.it

Sede operativa: Abbadia San Salvatore**Responsabile:** Cinzia Bravi

Loc. Podere Nardelli – 53021 Abbadia San Salvatore – Tel. 0577/776185 – Fax 0577/776185

e-mail: csaonlus@tin.it

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti

AZIENDA USL 8 AREZZO**Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Paolo Eduardo Dimauro

Viale Fonte Veneziana, 17 – 52100 Arezzo – Tel. 0575/255940 – Fax 0575/255945

e-mail: p.dimauro@usl8.toscana.it

SerT Val di Chiana aretina**Responsabile SerT:** Francesco Biondi

Via Santucci, 12 – 52044 Cortona (AR) – Tel. 0575/693272 – Fax 0575/631066

e-mail: f.biondi@usl8.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun, a Ven.: 7,30-13,30 + Mart., Giov. e Ven. pom: su appuntamento**SerT Arezzo****Responsabile SerT:** Paolo Eduardo Dimauro

Viale Fonte Veneziana, 17 – 52100 Arezzo – Tel. 0575/255943 – Fax 0575/255945

e-mail: sert.aretto@usl8.toscana.it, p.dimauro@usl8.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun, a Ven.: 7,15-19,15; Sab.: 7,15-14,30; Dom.: 8-12,30**SerT Valtiberina****Responsabile SerT:** Marco Baldi

Via Santi di Tito, 24 – 52037 Sansepolcro (AR) – Tel. 0575/757940 – Fax 0575/757943

e-mail: sert.valtiberina@usl8.toscana.it, m.baldi@usl8.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Merc. e Ven.: 7,30-19,30; Mart. e Giov.: 7,30-14; Sab: 8-14**SerT Casentino****Responsabile SerT:** Serenella Sassoli

Viale Turati, 55 – 52011 Bibbiena (AR) – Tel. 0575/568220 0575/572792 – Fax 0575/536591

e-mail: serenella.sassoli@usl8.toscana.it, serena.sassoli@libero.it

Orario Ambulatorio: Lun., Giov. e Ven.: 7,15-19,15; Mart., Merc. e Sab.: 7,15-13,30; Dom.: 9,30-12,30**SerT Valdarno****Responsabile SerT:** Donatella Bonechi

Via Podgora,1 – 52025 Montevarchi (AR) – Tel. 055/9106731/2/3 – Fax 055/9106736

e-mail: sert.valdarno@usl8.toscana.it, donatella.bonechi@usl8.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Gio.: 7,15-14; Mart. e Ven.: 7,15-19,15; Merc.: 7,15-14 + 13-19 solo psicologo; Sab.: 7,15-13,30; Dom.: 8-13**Comunità di recupero a gestione pubblica****Sede operativa: Centro Diurno Il Timone****Responsabile:** Maria Patrizia Severi

Loc. Il Matto – 52100 Arezzo – Tel. 0575/959523 – Fax 0575/255945

e-mail: sert.aretto@usl8.toscana.it

Servizio erogato: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti**Servizi del privato sociale****CSA CENTRO SOLIDARIETÀ DI AREZZO****Legale rappresentante:** Ubaldo Balò

Via Dietro le Campane, 13 - 52100 Arezzo – Tel. 0575/302038 – Fax 0575/324710

e-mail: csaonlus@tin.it

Sedi operative:• **Petrognano****Responsabile:** Giovanna Moscatelli

Loc. Petrognano, 1 – 52040 Arezzo – Tel. 0575/362285 – Fax 0575/362787

e-mail: csaonlus@tin.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 6 Adulti• **Baciano****Responsabile:** Ivana Mazzi

Loc. Baciano – 52010 Capolona (AR) – Tel. 0575/420728 – Fax 0575/420728

e-mail: csaonlus@tin.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 24 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 6 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 18 Adulti**ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO ONLUS NUOVI ORIZZONTI****Legale rappresentante:** Loredana Seno

Via Pestello Campagna, 7 – 52025 Montevarchi (AR) – Tel. 055/984819 – Fax 055/9850807

e-mail: montevarchi@nuoviorizzonti-onlus.com

Sede operativa: Nuovi Orizzonti - Montevarchi**Responsabile:** Loredana Seno

Via Pestello Campagna, 7 – 52025 Montevarchi (AR) – Tel. 055/984819 – Fax 055/9850807

e-mail: montevarchi@nuoviorizzonti-onlus.com

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 36 Adulti**AZIENDA USL 9 GROSSETO****Servizi Pubblici****SerT Colline d'Albegna****Responsabile:** Mario Lupi

Via Donatori del Sangue, 2 – 58015 Orbetello – Tel. 0564/869420-1-2 – Fax 0564/869421

e-mail: m.lupi@usl9.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-14; Sab.: 7,30-13**SerT Grosseto****Responsabile:** Maria Grazia Petruzziello

Villa degli Olivi - Via Don Minzoni, 7/9 – 58100 Grosseto – Tel. 0564/485810 0564/483717

Fax 0564/485809 – e-mail: l.bacci@usl9.toscana.it, m.petruzziello@usl9.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Merc., Ven. e Sab.: 8-14; Mart. e Giov.: 8-19**SerT Colline Metallifere****Responsabile:** Fabio Falorni

Viale Europa, 1 – 58022 Follonica – Tel. 0566/59507 0566/59519 – Fax 0566/59503

e-mail: f.falorni@usl9.toscana.it, fabio_falorni@virgilio.it

Orario Ambulatorio: Lun., Merc. e Giov.: 7-19,45; Mart., Ven. e Sab.: 7-14**SerT Amiata Grossetana**

Via Dante Alighieri (ospedale) – 58033 Castel del Piano – Tel. 0564/914634-5 – Fax 0564/914650

e-mail: a.monaci@usl9.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. 8,30-14,30/15-17; Mart.: 8,30-14/15-17; Merc.: 8,30-14,30/14,30-17,30;

Giov., Ven. e Sab.: 8,30-14,30

Servizi del privato sociale**CSA CENTRO SOLIDARIETÀ DI AREZZO****Legale rappresentante:** Ubaldo Balò

Via Dietro le Campane, 13 – 52100 Arezzo – Tel. 0575/302038 – Fax 0575/324710

e-mail: csaonlus@tin.it

Sede operativa: La Steccaia**Responsabile:** Carmen Renzulli

Via della Steccaia, 78/82 - Loc. San Martino – 58100 Grosseto – Tel. 0564/411386 – Fax 0564/29179

e-mail: csaonlus@tin.it, ceis@laltrecitta.gr.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 6 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 6 Adulti**Associazione Genitori e Volontari contro le Tossicodipendenze****Legale rappresentante:** Alfonso Brogi

Strada di Vallerotana – 58100 Grosseto – Tel. 0564/401052 – Fax 0564/401919

e-mail: ctrvallerotana@virgilio.it

Sede operativa: Vallerotana**Responsabile:** Umberto Paoletti

Strada di Vallerotana Loc. Roselle – 58040 Grosseto – Tel. 0564/401052 – Fax 0564/401919

e-mail: ctrvallerotana@virgilio.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 15 Adulti**AZIENDA USL 10 FIRENZE****Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Paola Trotta

Via di San Salvi, 12 – 50135 Firenze – Tel. 055/6263361-24 – Fax 055/6263362

e-mail: dip.dipendenze@asf.toscana.it, paola.trotta@asf.toscana.it

UFM A - sert 1 FICentro**Responsabile SerT:** Paolo Costantino

Via Borgo Pinti, 68/R – 50100 Firenze – Tel. 055/246061 – Fax 055/2460637

e-mail: sert.fi1@asf.toscana.it, paolo.costantino@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Merc. e Ven.: 7,15-15,30; Mart. e Giov.: 7,15-18**UFM A - sert 5 FICentro****Responsabile SerT:** Paolo Costantino

Via dell' Arcolaio, 2/A – 50137 Firenze – Tel. 055/6264054-6 – Fax 055/6264060

e-mail: sert.arcolaio@asf.toscana.it, paolo.costantino@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Ven.: 7,15-15,30; Mart.: 7,15-20,30; Merc.: 7,15-18; Giov.: 7,15-18,30**UFM B - sert 2 FICentro****Responsabile SerT:** Susanna Falchini

Piazza del Carmine, 17 – 50124 Firenze – Tel. 055/287299 210730 210571 – Fax 055/211811

e-mail: sert.firenze2@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Ven.: 7-16; Mart. e Giov.: 7-16,30; Merc.: 7-17,30

UFM B - sert 3 FICentro**Responsabile SerT:** Susanna Falchini

Lungarno Santa Rosa, 13 – 50122 Firenze – Tel. 055/2285667-707 – Fax 055/2285785

e-mail: sert3.fi@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Mart. e Giov.: 7,45-18; Merc.: 7,45-17; Ven.: 7,45-14**UFM C - sert 4 FICentro****Responsabile SerT:** Adriana Iozzi

Via Lorenzo il Magnifico, 102 Villino Passerini – 50129 Firenze – Tel. 055/6264406

Fax 055/6264444 – e-mail: adriana.iozzi@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Giov.: 7-19,30; Mart., Merc. e Ven.: 7-15**UFM 1 - sert 2 N.O.****Responsabile SerT:** Guido Guidoni

Via Rialdoli, 80 – 50018 Scandicci - Tel. 055/7294240 – Fax 055/7294248

e-mail: guido.guidoni@asf.toscana.it, sert.scandicci@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-19**UFM 2 - sert 1 N.O.****Responsabile SerT:** Guido Guidoni

Via A. Gramsci, 161 – 50019 Sesto Fiorentino – Tel. 055/4498323 – Fax 055/4498333

Via dei Brunni, 65 – 50013 Campi Bisenzio – Tel. 055/8960218 – Fax 055/891861

e-mail: sert.sesto@asf.toscana.it, sert.campi@asf.toscana.it, guido.guidoni@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Sesto: Lun.: 7,30-19,30; Mart. e Giov.: 7,30-16; Merc.: 7,30-19; Ven.: 7,30-15
– Campi: Lun., Merc. e Ven.: 8-15,30; Mart.: 8-13**UFM 1 - sert 1 S.E.****Responsabile SerT:** Paola Trotta

Via dell' Antella, 58 c/o P.O. S.M. Annunziata – 50011 Bagno a Ripoli – Tel. 055/2496255-10

Fax 055/2496236 – e-mail: paola.trotta@asf.toscana.it, sert.t1.sudest@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Gio.: 7,20-19; Mart., Merc. e Ven.: 7,20-15**UFM 2 - sert 2 S.E.****Responsabile SerT:** Paola Trotta

Via G. da Verrazzano, 20 c/o P.O. Serristori – 50063 Figline Valdarno – Tel. 055/9508330-56-230

Fax 055/9508431 – e-mail: paola.trotta@asf.toscana.it, sert2.zonasudest@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun., Merc. e Giov.: 7,30-14,30; Mart.: 7,15-13/14,30-17; Ven.: 7,15-14,30;
Sab.: 8-13**UFM - sert Mugello****Responsabile SerT:** Angela Guidi

Via Niccolai, 23 – 50032 Borgo S. Lorenzo – Tel. 055/8495143 – Fax 055/8494383

e-mail: angela.guidi@asf.toscana.it, sert.mugello@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun. e Giov.: 7-19; Mart., Merc. e Ven.: 7-14**Sert Sollicciano****Responsabile SerT:** Susanna Falchini

c/o Penitenziario di Sollicciano – Via Minervini, 2 – 50142 Firenze – Tel. 055/73721 int. 466

e-mail: susanna.falchini@asf.toscana.it

Orario Ambulatorio: Lun.: 7,30-16; Mart.: 7,30-16,30; Merc.: 7,30-14/14,30-16,30; Giov. e Ven.: 7-16,30

Comunità di recupero a gestione pubblica**Sedi operative:**• **Il Guarlone 1****Responsabile:** Beatrice Palmerani

Via del Guarlone, 25 – 50100 Firenze – Tel. 055/672240 – Fax 055/672240

e-mail: dip.dipendenze@asf.toscana.it

Servizio erogato: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 20 Adulti• **Il Guarlone 2****Responsabile:** Beatrice Palmerani

Via Romana, 34 – 50100 Firenze – Tel. 055/229547

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti• **Luzzi****Responsabile:** Maria Rosaria De Maria

Via dell' Uccellatoio, 6 – 50019 Sesto Fiorentino (FI) – Tel. 055/409536 – Fax 055/409287

Servizio erogato: Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 8 Adulti• **Il Canocchiale****Responsabile:** Silvio Silvestri

Via Puccini, 73 – 50018 Sesto Fiorentino (FI) – Tel. 055/4487953 – Fax 055/4487953

e-mail: il-cannocchiale@libero.it

Servizio erogato: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti• **Poggio Ascitutto****Responsabile:** Paolo Costantino

Via di Gaville, 118 – 50063 Figline Valdarno (FI) – Tel. 055/961517 – Fax 055/961517

e-mail: sert.fi1@asf.toscana.it, paolo.costantino@asf.toscana.it

Servizio erogato: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti• **La Fortezza****Responsabile:** Gabriele Bardazzi

Via Lorenzo il Magnifico, 104 – 50129 Firenze – Tel. 055/6264436 – Fax 055/6264466

e-mail: gabriele.bardazzi@asf.toscana.it

Servizio erogato: Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 8 Adulti**Servizi del privato sociale****CENTRO DI SOLIDARIETÀ DI FIRENZE - ONLUS****Legale rappresentante:** don Giacomino Stinghi

Via dei Pucci 2 – 50122 Firenze – Tel. 055/282008 – Fax 055/287822

e-mail: direzione@csfirenze.it, csf@csfirenze.it

Sedi operative:• **Villa Jolanda****Responsabile:** don Giacomino Stinghi

Via F.lli Falorsi, 7 - Località Giogoli – 50018 Scandicci (FI) – Tel. 055/741451 – Fax 055/741451

e-mail: csf@csfirenze.it

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 21 Adulti• **Anconella****Responsabile:** don Giacomino Stinghi

Via Pisana 2 – 50142 Firenze – Tel. 055/2280009 – Fax 055/225443

e-mail: direzione@csfirenze.it

Servizio erogato: Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, n. posti: 15 Adulti**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS****Legale rappresentante:** Luigi Coppini

Via S. Martino a Scopeto, 10 – 50039 Vicchio (FI) / Uff. Amm.vi: Via del Pozzino, 12 –

50032 Borgo San Lorenzo – Tel. 055/8457608 – Fax 055/8456732

e-mail: info@associazioneinsieme.it

Sedi operative:**• San Martino****Responsabile:** Grazia Zuffa

Via San Martino a Scopeto, 10 – 50039 Vicchio Mugello (FI) – Tel. 055/8493526 – Fax 055/8456732

e-mail: info@associazioneinsieme.it

Servizio erogato: Centro residenziale di accoglienza, n. posti: 12 Adulti**• Comunità Poggio Valle****Responsabile:** Grazia Zuffa

Via di Pulica, 29 – 50031 Barberino di Mugello (FI) – Tel. 055/8479231 – Fax 055/8479231

e-mail: info@associazioneinsieme.it

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti**• Pozzino****Responsabile:** Grazia Zuffa

Via del Pozzino, 12 - 50032 Borgo San Lorenzo (FI) – Tel. 055/8457608 – Fax 055/8456732

e-mail: info@associazioneinsieme.it

Servizi erogati: Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 6 Adulti – Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 12 Adulti**CO.M.E.S. COOP.SOCIALE ONLUS****Legale rappresentante:** Filipponi Angelo

P.za Scabelle, 8 – 50034 Marradi (Fi) – Tel. 055/8042137 – Fax 055/8042051

e-mail: comes@dada.it

Sede operativa: Sasso Montegianni**Responsabile:** don Nilo Nannini

Podere Sasso Montegianni - Loc. Popolano – 50034 Marradi FI – Tel. 055/8044356

Fax 055/8044356 – e-mail: comes@dada.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 16 Adulti – Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, n. posti: 4 Adulti – Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio, n. posti: 2 Adulti + 3 Minori, Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 49 Adulti**PROGETTO VILLA LORENZI ONLUS****Legale rappresentante:** Zaira Conti

Via Pietro Grocco, 31– 50139 Firenze – Tel. 055/4360156 – Fax 055/4360585

e-mail: zairac@tin.it

Sede operativa: Villa Lorenzi**Responsabile:** Zaira Conti

Via Pietro Grocco, 31 – 50139 Firenze – Tel. 055/4360156 – Fax 055/4360585

e-mail: zairac@tin.it

Servizi erogati: Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 9 Adulti + 3 Minori – Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 18 Adulti + 6 Minori**ASSOCIAZIONE PROGETTO ARCOBALENO ONLUS****Legale rappresentante:** Enrico Palmerini

Via del Leone, 9 – 50124 Firenze – Tel. 055/280052

Via San Gallo, 75 – 50129 Firenze – Tel. 055/288150 – Fax 055/289205

e-mail: arcobaleno@progettoarcobaleno.it, enrico.palmerini@tin.it

Sede operativa: Sasso Montegianni**Responsabile:** Mario Ruocco

Via Faentina, 23 - Loc. Faltona – 50032 Borgo San Lorenzo (FI) – Tel. 055/8494052

Fax 055/8494052 – e-mail: progetto_faltona@virgilio.it

Servizio erogato: Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, n. posti: 10 Adulti

AZIENDA USL 11 EMPOLI**Servizi Pubblici****Dipartimento delle Dipendenze****Responsabile:** Maura Tedici

Via dei Neri, 37 – 50053 Empoli – Tel. 0571/702564 – Fax 0571/702546

e-mail: sert.empoli@usl11.toscana.it

SerT Zona Valdarno Inferiore**Responsabile SerT:** Maura Tedici

Vicolo delle Carbonaie 1/a – 50054 Fucecchio – Tel. 0571/705384 – Fax 0571/705370

e-mail: sert.fucecchio@usl11.tos.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 8,30-14; Sab: 7,30-12**SerT Empolese Valdelsa****Responsabile SerT:** Maura Tedici

Via dei Neri, 37 – 50053 Empoli – Tel. 0571/702564 – Fax 0571/702546

e-mail: sert.empoli@usl11.tos.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7-17**AZIENDA USL 12 VIAREGGIO****Servizi Pubblici****SerT – Viareggio****Responsabile SerT:** Guido Intaschi

Via della Gronda, 14 – 55049 Viareggio – Tel. 0584/6059261 – Fax 0584/46202

e-mail: ert@usl12.toscana.it, g.intaschi@usl12.toscana.it

Orario Ambulatorio: da Lun. a Ven.: 7,30-13/14-16; Sab.: 7,30-13**Servizi del privato sociale****CE.I.S. - GRUPPO GIOVANI E COMUNITÀ - LUCCA****Legale rappresentante:** Don Bruno Frediani

Via S. Giustina, 59 – 55100 Lucca – Tel. 0583/587113 – Fax 0583/419590

e-mail: ceisdilucca@tin.it

Sedi operative:• **Bicchio Prog. Alba****Responsabile:** Laura Bambini

Via Aurelia sud, 478 - Loc. Bicchio 55049 – Viareggio (LU) – Tel. 0584/389726

Fax 0584/397715 – e-mail: ceisbicchio@virgilio.it

Servizio erogato: Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio, n. posti: 6 Adulti + 6 Minori• **Nocchi****Responsabile:** Sabina Antognoli

Via di Nocchi, 23 – 55041 Camaione (LU) – Tel. 0584/951574 – Fax 0584/951574

e-mail: ceisnocchi@wins.it

Servizi erogati: Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, n. posti: 8 Adulti – Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio, n. posti: 2 Adulti + 2 Minori