

Attualità e innovazioni nel trattamento con metadone

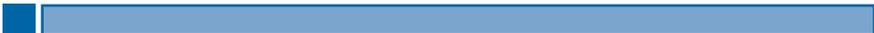
**Percorsi diagnostici e terapeutici
nei Servizi delle Dipendenze italiani**

a cura di **Alfio Lucchini,
Pietro Fausto D'Egidio,
Felice Nava**

*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Quaderni*



FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Attualità e innovazioni nel trattamento con metadone

**Percorsi diagnostici e terapeutici
nei Servizi delle Dipendenze italiani**

a cura di **Alfio Lucchini,
Pietro Fausto D'Egidio,
Felice Nava**

FrancoAngeli

Il volume è stato realizzato grazie al contributo di Molteni Farmaceutici.

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione , di <i>Alfio Lucchini</i>	pag.	9
I - Il percorso diagnostico terapeutico per il trattamento appropriato con metadone		
Trattamento di un paziente detenuto in terapia con metadone e scarsa compliance agli psicofarmaci , di <i>M. Bramani Araldi, A. Cocchini, M. Resentini</i>	»	15
Confronto delle capacità cognitive superiori prima e dopo trattamento con metadone cloridrato a mantenimento , di <i>M. Carletti, L. Calviani</i>	»	22
Metadone e psicoterapia: un percorso integrato , di <i>A. Camporese, L. Manni, C. Stimolo</i>	»	27
Percorsi metadonici per adolescenti e giovani consumatori di sostanze psicoattive , di <i>I. Carraro, C. Rizza, M. Braccacini, P. Pastore</i>	»	35
Metadone: oggetto transizionale fra pubblico e privato , di <i>I. Carraro</i>	»	42
Quando il metadone diviene “stellare” , di <i>R. Casari, M. Facchini, F. Lugoboni</i>	»	49
Metadone e gravidanza: esperienze cliniche dell’UOS Dipendenze di Como , di <i>R. Casartelli, G. Frigerio, M.L. Dam, P. Cioffari, M. Gutmann</i>	»	56

Caso clinico , di <i>A.M. Cioce, F. Dei Giudici, A. Marchetti, A. Wondwesse Kebede, S. Pecchini, L. Sibilla, G. Berretta, T. Fael-la, R. Fiordiponti</i>	pag.	64
Il metadone: una musa prêt-à-porter , di <i>G. Cavallari</i>	»	70
Irene, la ragazza con i palloncini rosa , di <i>N. Della Torre</i>	»	74
Giovanni, Papà Gambalunga , di <i>N. Della Torre</i>	»	81
Lia, la bambola di biscuit , di <i>N. Della Torre</i>	»	87
Efficacia del trattamento metadonico a mantenimento e in affidò domiciliare nella dipendenza da eroina: un caso clinico , di <i>C. Gambarini, M. Cuccuini, V. Morbiducci, M. Gilioni</i>	»	94
Il metadone come collante di un'identità frammentata , di <i>G. Napolitano, C. Simonini, A. Vicini</i>	»	100
Lupo solitario , di <i>G. Liguori, M.R. Circondato, A. Spaventa, B. Testa, A.L. Lupoli, G. Cerbone, A. Cimminiello, C. Siesto, M. Spinelli, S. Sessa</i>	»	115
Gestione di una polidipendenza oppioide iatrogena insorta in un caso di falcemia , di <i>M. Faccini, A. Albiero, C. Smacchia, M.N. Pasqualini, R. Casari, F. Lugoboni</i>	»	123
La valutazione degli esiti del trattamento con metadone: dati preliminari , di <i>A. Bottazzo, L. Duminuco, S. Mancastropa, A. Manzoni, E. Milan, E. Nardi, P. Pagnin, A. Pani, L. Possiedi, P.L. Righetti, F. Ronchini</i>	»	129
La ragazza con la valigia , di <i>E. Morrone, A. Ruggiero, F. Spagnuolo, E. Cecere, A. d'Amore</i>	»	131
Clinical case report. Interazioni farmacologiche tra metadone e ARVT e conseguenze su LQTS e sulla modulazione della posologia del metadone in paziente con dipendenza da oppiacei, cocaina ed alcol e co-infezione da HIV+/HCV+ , di <i>E. Rivela, E. De Vivo, G. Marletta, D. Demarie, E. Bignamini</i>	»	137
Uso del metadone cloridrato in gravidanza: un caso clinico , di <i>R. Ferrucci, M. Grech, E. Levvari, A. Porta, R. Lovaste</i>	»	146

II - Percorsi appropriati di cura con metadone nei giovani consumatori di eroina

- Dal tunnel carpale... al tunnel della dipendenza**, di *R. Casari, M. Faccini, F. Lugoboni* pag. 157
- Il metadone: quel vecchio sconosciuto farmaco**, di *R. Casari, M. Faccini, F. Lugoboni* » 164
- Metadone e fumo di sigaretta. I risultati controcorrente di uno studio policentrico**, di *B. Pajusco, C. Chiamulera, F. Lugoboni, GICS* » 172
- Il Case manager: l'esperienza del Servizio Tossicodipendenze nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 3 Genovese nel trattamento con sostitutivi dei pazienti Tossicodipendenti**, di *M. Candela, A. Cataldo, M. Del Papa, P. Pedemonte, M. Spina, L. Tibaldi* » 184
- La valutazione della Qualità di Vita (QoL) in eroinomani in trattamento metadonico di mantenimento ed in gruppo di mono-dipendenti da benzodiazepine. I dati di uno studio multicentrico**, di *G. Bissoli, G. Musi, G. Civitelli, E. Manzato, C. Biasin, G. Cifelli, G. Manzato, S. Rosa, C. Smacchia, S. Carli, M. Faccini, R. Casari, F. Lugoboni* » 211
- Giovanni**, di *V. Trapani, G. Faillace* » 211
- L'utilizzo della goccia di sangue essicata (dried blood spot) per il monitoraggio terapeutico di metadone in pazienti eroinomani in trattamento**, di *M.A. Saracino, L. Somaini, A. Oricchio, M.C. Pieri, M.A. Raggi* » 223
- L'importanza del metadone cloridrato nell'intake del paziente grave: il caso di una paziente adolescente**, di *M. Grech, G. Gualdi, E. Levari, A. Porta, R. Ferrucci* » 229
- La scheda MethOdas**, di *M. Del Papa* » 238
- "Questa è la storia di uno di noi"...**, di *S. Iezzi* » 258
- Il paradiso perduto**, di *E. Morrone, A. d'Amore* » 260

Caso di un ragazzo eroinomane di diciannove anni: metadone e psicoterapia , di <i>S. Salvadeo, T. Mancini, G. Madonna, P. Coppin, P. Sacchi</i>	pag.	265
I giovani under 25 in carico al Dipartimento delle dipendenze (Ser.T.) di Trieste , di <i>E. Perizzolo, E. Rumiel, M. Romano, G. Gentili, M.G. Rodani, R. Balestra</i>	»	271
Percorsi di cura con metadone: un modello organizzativo , di <i>F. Curcio, C. Ruoppolo, M. Siconolfi, C. Baldassarre</i>	»	284
Adolescenza e sostanze. Nuove modalità e strategie di presa in carico di minori e giovani adulti con dipendenza patologica , di <i>R. Balestra, M. Romano, E. Perizzolo, E. Rumiel, M.G. Rodani</i>	»	294

Presentazione

di *Alfio Lucchini**

Tra i pochi termini entrati nell'uso comune relativi al settore delle dipendenze si possono citare “modica quantità”, “overdose”, “riduzione del danno”, termini utili e usati anche in tema di comunicazione o stile politico, ed anche e soprattutto “Ser.T.” e “metadone”.

Queste ultime sono parole della storia, della cultura, dell'oggi e del domani del nostro operare.

Questa premessa dà la cifra della rilevanza del farmaco metadone, noto da sessant'anni e utilizzato da oltre 30 anni in Italia.

Si pensi che quasi mezzo milione di persone hanno avuto un trattamento con questo farmaco in Italia e attualmente circa 80.000 cittadini assumono il farmaco nei centri di cura cresciuti nello stesso periodo: i Ser.T.

Solo chi vive osservando solo se stesso o è in malafede non ammette l'evidenza: centinaia di migliaia di persone in questi trent'anni hanno concluso percorsi positivi anche grazie all'utilizzo del metadone, spesso in programmi di cura integrati.

Basta vivere nella società per incontrare tanti nostri pazienti ed ex pazienti, per strada, nei supermercati, negli uffici, nelle banche, nelle fabbriche, nelle istituzioni, insomma nella comunità.

Per questo la “normalità” del nostro settore passa anche dalla “normalità” dell'uso di queste parole, di questi termini.

Questo volume raccoglie i lavori presentati da operatori di tutte le professioni per i concorsi nazionali 2011 e 2012 indetti da FeDerSerD.

Il VII premio nazionale FeDerSerD, nel corso del 2011, aveva come argomenti i casi clinici relativi al percorso diagnostico terapeutico per il trattamento appropriato con metadone.

Una raccolta di casi clinici con l'obiettivo di valorizzare la esperienza dei servizi e dei centri di cura.

* Presidente nazionale di FeDerSerD.

Veniva richiesto di valorizzare nei lavori i percorsi e gli strumenti diagnostici, la peculiarità del caso presentato, i casi in cui la modifica/valorizzazione di una dimensione diagnostica o di un parametro terapeutico (posologia del farmaco, numero di assunzioni giornaliere, specificità di un percorso di affidamento del farmaco, la collaborazione alla terapia di un familiare, la collaborazione di un medico di medicina generale) avesse influito sulla dimensione terapeutica.

Vengono presentati nel volume i 20 lavori scientifici prodotti da 82 colleghi.

L'VIII premio nazionale FeDerSerD, nel corso del 2012, si è concentrato invece sui percorsi appropriati di cura con metadone con focus sui giovani consumatori di eroina.

Una analisi di casi clinici e di modelli organizzativi, orientata alla illustrazione dei percorsi per il trattamento appropriato con metadone nel sistema dei servizi italiani.

Sono state valorizzate anche le esperienze di tipo organizzativo collegate all'obiettivo del concorso, con attenzione alle strategie organizzative interne ai servizi e di rete messe in atto.

Nello specifico veniva inoltre richiesto di evidenziare la peculiarità della casistica, in un'ottica di intercettazione precoce dell'utenza e l'attenzione anche a situazioni quali il policonsumo e/o modalità di consumo per via inalatoria.

Per l'ambito giovanile attenzione veniva richiesta negli obiettivi di cura correlati alla età e alle modalità di consumo.

Ovviamente sono stati valorizzati gli strumenti diagnostici e terapeutici utilizzati e le modalità del trattamento farmacologico (dosaggi, controlli, affidi, ecc.).

Vengono presentati nel volume i 15 lavori scientifici prodotti da 62 colleghi.

Il volume raccoglie tutti i lavori pervenuti nei due concorsi, 35, curati da 144 colleghi. Non mancano contributi di utenti.

In entrambe gli anni vi sono stati lavori premiati, con cerimonie molto simpatiche durante congressi di rilievo, ma il volume vuole valorizzare tutti i contributi, tutti gli sforzi fatti dai colleghi che hanno aggiunto per la realizzazione impegno al lavoro usuale.

I temi affrontati dai due premi sono centrali per i servizi, anche se piace iniziare a segnalare gli aspetti "di vissuto reale" contenuti nel volume, quelli in cui il farmaco si inserisce nella vita delle persone e dei servizi, dei Ser.T., in modo armonico.

In questo Paese vi sono operatori che vivono il loro lavoro con gioia e impegno, che non hanno problemi a con-fondersi con il loro paziente per un percorso che sarà di autonomia e crescita.

Sono quei medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori, sociologi a cui piace pensare, per il loro impegno nei Servizi.

Certamente è centrale vedere emergere l'utilizzo di strumenti raffinati di diagnosi e monitoraggio, come la scala ODAS, nei racconti clinici di molte parti d'Italia.

Questo è molto importante e segno dell'impegno a migliorare in metodologie e qualità l'approccio ai nostri pazienti.

È lo stesso sforzo che con il progetto STAR FeDerSerD sta conducendo con l'apporto di centinaia di professionisti in tutte le Regioni italiane.

Questo significa coniugare le evidenze scientifiche e la pratica clinica, questo è quello che segna il vantaggio di una società scientifica e professionale come FeDerSerD.

Il 2013 è un anno che deve segnare uno sforzo suppletivo per gli operatori dei Servizi, per il sistema di intervento.

In questa orgia di richieste di cambiamento, flessibilità, snellezza, apertura, semplificazione, è difficile non vedere il segno del marasma dovuto alle difficoltà sociali ed economiche del momento.

Ma fatta la tara di chi, come parte per fortuna minoritaria del privato, o pezzi della catena dei poteri dello Stato e delle Regioni, pare avere imboccato la via della svendita del sistema condita da pseudo ragionamenti sulla modernità che nascondono atti predatori a spese dei cittadini, noi dobbiamo fare la nostra parte.

L'evoluzione dei fenomeni di consumo e dipendenza, la prepotente apparizione di patologie come il GAP a livello di massa, devono trovare risposte strategiche, di ordine organizzativo e clinico.

Per iniziare dobbiamo dire che nulla o poco di nuovo ci sta travolgendo: i comportamenti umani da una parte vengono studiati in modo sempre migliore e con tecniche adeguate, dall'altro i bisogni fondamentali delle persone si realizzano secondo le possibilità culturali e strumentali offerte dalla società.

Chi si occupa di dipendenze patologiche ha la fortuna di lavorare "sul cervello", di vedere i comportamenti umani legati alle pulsioni di base delle persone, a cominciare dal piacere, dalla sessualità, dal dolore, dalla emotività.

Le differenze esistenti tra i comportamenti compulsivi senza sostanza e la dipendenza da sostanze devono inquadrarsi in queste evidenze.

Bisogna rendere ancora più accoglienti i Servizi, pur già così apprezzati dagli utenti come la recente indagine EURISKO-FeDerSerD ha dimostrato.

Bisogna migliorare la rete territoriale, ad esempio con i medici di famiglia, le altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, i servizi sociali (e non solo) dei Comuni, le istituzioni carcerarie, le realtà riabilitative.

Bisogna specializzarsi ancor di più su percorsi di accoglienza e terapeutici rivolti a target di utenti e alle famiglie.

Tutto questo in un periodo di crisi, economica e di risorse, strutturale, con gravi tagli alle prestazioni e al personale e ripercussioni dirette sul nostro settore.

E sono le società scientifiche e professionali, in primis FeDerSerD, che devono proporre, in questo 2013 ulteriori indicazioni, anche innovative.

Il congresso tematico di FeDerSerD sul futuro dei Servizi che si terrà a Milano a giugno e il congresso nazionale della Federazione a Roma ad ottobre, valorizzeranno le professioni e l'intervento basato sulle evidenze scientifiche con una premessa: la necessaria presa di coscienza dello Stato della azione pubblica per interventi in settori tanto strategici per il futuro non solo dei giovani, ma della società intera.

Milano, marzo 2013

I - Il percorso diagnostico terapeutico per il trattamento appropriato con metadone

**Casi clinici
VII premio nazionale FeDerSerD - 2011**

Trattamento di un paziente detenuto in terapia con metadone e scarsa compliance agli psicofarmaci

di *M. Bramani Araldi, A. Cocchini, M. Resentini**

Italiano, maschio, 41 anni.

Il percorso terapeutico descritto è riferito ad un arco temporale, compreso fra il mese di gennaio 2008 ed il mese di luglio 2011, durante il quale il paziente si trovava detenuto presso la Casa Circondariale di Monza per un reato di incendio doloso, commesso su istigazione di terzi per i quali, stanti le risultanze processuali, nutriva forti sentimenti di soggezione.

Storia clinica

Dalla raccolta anamnestica emerge un lieve ritardo nell'acquisizione del linguaggio; e la comparsa di difficoltà di controllo sfinterico durante la scuola primaria.

A scuola è seguito da una insegnante di sostegno.

Si registra una sospensione scolastica disciplinare.

Nello stesso periodo ha mostrato disturbi comportamentali di carattere aggressivo come dare fuoco ad un animale o spingere un coetaneo nel fiume.

Vengono riportate anche difficoltà di espressione verbale che sono esitate, in situazioni di disagio o imbarazzo, in forma di mutismo presenti fino all'età adulta.

Per queste ragioni diventa "la vergogna della famiglia".

Viene frequentemente picchiato dalla madre e ricorda ancora oggi di trovare rifugio sotto il letto, restando in posizione fetale per varie ore.

Ricorda di non aver mai avuto delle regole di vita precise su disposizione della famiglia.

* Dipartimento Dipendenze Asl MB (Monza e Brianza) - Monza.

All'età di 9 anni viene fatto risalire il primo episodio di ebbrezza alcolica.

Durante le scuole medie viene bocciato e successivamente espulso dalla scuola per gravi disturbi comportamentali.

Ricorda la minaccia da parte della famiglia di essere istituzionalizzato.

La licenza media viene conseguita in età adulta in carcere.

L'adolescenza è segnata da condotte disordinate e devianti.

Il primo rapporto sessuale ha luogo all'età di 13 anni con una coetanea, come pure nello stesso periodo ha il primo contatto con l'eroina, con la prima assunzione per via endovenosa a 14 anni e con il passaggio dall'uso saltuario a quello quotidiano nel giro di un anno.

La vita sentimentale adulta non vede alcun rapporto stabile, segnata dalle gravi difficoltà emotive nel rapporto con persone dell'altro sesso, verso le quali sono presenti forti sentimenti di inadeguatezza che contrastano il sempre presente desiderio di stabilire una relazione affettiva importante.

Il passaggio al mondo del lavoro avviene sempre nel medesimo periodo ma viene immediatamente reso difficoltoso dalla dipendenza delle sostanze.

Le forti ansie legate alla percezione di sé come inadeguato rispetto alle richieste lavorative esacerbano l'uso di eroina e di alcol.

All'età di 15 anni viene ricoverato per overdose, ed è in quella circostanza che la famiglia apprende della tossicodipendenza.

Fino ad allora le abitudini del figlio cadevano nel disinteresse generale.

La notizia provoca una reazione disorganizzata della famiglia, in varie forme: la madre dà in escandescenze, il padre ricade in depressione (patologia di cui sembra avesse sofferto in passato) ed i fratelli maggiori lo picchiano.

Solo in seguito si decide di portare il paziente presso un Centro di recupero per tossicodipendenti.

I controlli medici presso tale struttura evidenziano una diagnosi di epatopatia HCV correlata.

A seguito del permanere delle condotte di abuso di eroina, la famiglia decide di inserirlo, all'età di 20 anni, presso una comunità.

L'esperienza presso questa struttura è ricordata in modo traumatico, a causa di una serie di violenze perpetrate dagli utenti presenti da maggior tempo.

La permanenza dura circa 16 mesi e termina con una fuga da una delle sedi.

La rievocazione dei fatti, sui quali è stata possibile solo parziale rielaborazione, ha sempre carattere molto vivido e drammatico.

Successivamente il paziente alterna ricadute tossicomane (nell'eroina) ad una serie di inserimenti in comunità per tossicodipendenti, tutti falliti nel periodo compreso fra i 25 e i 32 anni.

La connotazione del ricordo di queste esperienze è sempre negativa, sia perché interpretate come una forma di abbandono da parte della famiglia,

sia perché provocano su di lui un effetto destabilizzante indotto attraverso varie forme di stimolazione, come il serrato confronto in gruppo, la rigida disciplina e l'elevata strutturazione del tempo. Durante la permanenza presso una di queste strutture si verifica uno scompenso psicotico che comporta il ricovero presso il locale reparto psichiatrico a causa di episodi allucinatori visivi ed uditivi.

All'età di 20 anni circa entra in contatto con la cocaina che, dal 1997, soppianta pressoché del tutto l'eroina nel ruolo di sostanza primaria, fino a raggiungere la frequenza d'uso giornaliera.

Resta sostanzialmente inalterato l'abuso alcolico, già presente da tempo.

I periodi di rientro sul territorio che intervallano gli inserimenti in comunità sono accomunati dalla rapida ricaduta nell'uso delle sostanze, dal rientro in contatto con ambienti tossicomani e criminali e dalla frequentazione del Ser.T. territoriale competente (in carico dal 1987).

Quel servizio scrive, nel 1996, che sul territorio il paziente: "appare disorientato, incapace di reggere i conflitti in atto con i familiari" e conclude che l'inserimento in comunità appare l'unico percorso terapeutico praticabile.

Dal 1994 in poi si succedono varie reclusioni, sempre per reati espressivi, sostanzialmente legati alla perdita del controllo degli impulsi, anche sotto effetto di alcol e stupefacenti, o altrimenti legati ad induzioni dell'ambiente sociale di riferimento.

Durante una di queste carcerazioni, dopo una massiccia ed incongrua assunzione di psicofarmaci interpretata come tentato suicidio, viene inviato in OPG (1996).

Dal 1996 il paziente assume terapia metadonica a dosaggio variabile fra i 75 e i 100 mg.

Dal 2003 fino all'attuale carcerazione, il Ser.T. territoriale mantiene rapporti con il servizio psichiatrico territoriale, che il paziente frequenta in modo discontinuo e scarsamente collaborativo rispetto alle prescrizioni farmacologiche.

Dalla stessa data e fino al momento dell'attuale carcerazione si verificano ripetuti ricoveri di urgenza per disassuefazione alcolica e scompenso psicotico.

Al momento dell'inizio del periodo di detenzione preso in esame, il paziente assumeva certamente terapia metadonica a mantenimento (75 mg), benzodiazepine (lorazepam 2,5 mg 1cp x 2/die).

Stante la gravità del caso, i sanitari del Ser.T. procedevano alla somministrazione domiciliare della terapia, anche in considerazione della grave difficoltà del paziente. nel recarsi presso la struttura.

Per quanto attiene alla terapia farmacologica prescritta dal servizio psichiatrico territoriale (olanzapina, 30 mg/die), l'interessato ha spontaneamente dichiarato di farne uso arbitrario in stato di libertà.

Percorso diagnostico all'ingresso della terapia

Al momento dell'ingresso in carcere è stata applicata la procedura di presa in carico: il medico è intervenuto nelle prime 24 ore di detenzione garantendo la prosecuzione della terapia prescritta dal Ser.T. territoriale e segnalando immediatamente il caso allo psichiatra presente in istituto.

Entro 48 ore è stata inoltre completata la presa in carico con l'intervento del personale psicosociale.

Il paziente è risultato consumatore attivo di cocaina e abusatore di alcol.

In carcere, la somministrazione del farmaco, curata direttamente e quotidianamente dal personale infermieristico del servizio ha assicurato un monitoraggio continuo delle condizioni del paziente in aggiunta a quello medico.

Il percorso psicodiagnostico si è basato su colloqui, nel corso dei quali è stato possibile giungere a rilevare tutti gli items previsti dal DSM-IV-TR per la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

Altrettanto, dal resoconto del pz. della propria sintomatologia, si è poi giunti a ipotizzare un concomitante Disturbo Psicotico NAS.

Si è preferito evitare il ricorso a strumenti testali poiché nei loro confronti il paziente ha immediatamente manifestato reazioni di panico e di rifiuto.

Valutazione degli obiettivi di cura e illustrazione dei risultati

La definizione degli obiettivi di cura ha tenuto conto della peculiare natura del contesto di intervento, ovvero della condizione di detenuto in cui il paziente si trovava.

Un primissimo obiettivo è consistito nel mantenimento del compenso psichico e nell'evitamento di condotte auto ed eterodistruttive che avevano caratterizzato la storia clinica fin qui descritta e che risultavano particolarmente frequenti nel corso dei periodi di carcerazione.

Una difficoltà particolare era poi data dal pressoché assoluto rifiuto delle terapie di competenza psichiatrica, ed anche del semplice incontro con il medico specialista. L'indagine sulle motivazioni di tale atteggiamento, che facilmente esitava in momenti di grosso turbamento emotivo, ha messo in luce un'origine traumatica, legata al ricordo dei ricoveri forzati in SPDC, in cui gli aspetti coercitivi sembravano prevalere sui benefici più o meno duraturi ottenuti.

In questa prospettiva, il paziente manifestava un atteggiamento di sia pur limitata apertura nei confronti di coloro che con la somministrazione del metadone, lo avvicinavano quotidianamente, in contrasto con un atteggiamento di totale chiusura verso gli operatori della psichiatria, percepiti come i più marcatamente orientati al controllo.

Questo obiettivo, primario ed indispensabile alla previsione di ogni altro sviluppo è stato raggiunto in collaborazione con gli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria che a vario titolo hanno gestito la situazione.

Una prima azione di esplicitazione delle fragilità del paziente e la successiva discussione congiunta con il personale di Polizia penitenziaria ha permesso dapprima l'assegnazione di un compagno di cella particolarmente stabile e sensibile e poi, al momento della scarcerazione di costui, il passaggio alla cella singola, in una situazione di cronico e grave affollamento che segna la Casa Circondariale di Monza.

Tale scelta, per molti aspetti coraggiosa, ha consentito al paziente di stabilizzare un confine dello spazio personale essenziale a mantenere l'equilibrio.

In queste condizioni, è stato possibile, avviare un intervento psicoterapeutico che è durato per l'intera permanenza in carcere con colloquio settimanali.

Si osservi che nella fase di stabilizzazione, una valenza importante è stata assunta dall'assicurazione che la terapia metadonica in essere non sarebbe stata modificata in alcun modo, fino a quando il paziente non ne avesse lui stesso riconosciuto la necessità. Per la medesima ragione, previo consulto con lo psichiatra si è deciso di non fare alcuna pressione perché il paziente accettasse il contatto con lui e le sue indicazioni terapeutiche.

Al termine del primo semestre, constatata l'assenza di agiti impulsivi e di altri importanti sintomi, ci si è posti l'obiettivo di facilitare la costruzione da parte del paziente di una rete relazione effettivamente in grado di supportarlo.

Facendo proprie alcune suggestioni derivanti dal modello di Marsha Linean¹, si è progressivamente operato per introdurre diversi interlocutori in grado di dialogare con il paziente in contesti assai diversi fra di loro.

È stato così deciso, in collaborazione con l'ufficio educatori del carcere, di proporre al detenuto alcuni incontri individuali con l'operatrice di arte terapia.

Il buon esito di tali incontri ha dato l'avvio ad un rapporto continuo e sistematico che ha poi permesso, sia pure con grande fatica e qualche incertezza di accostarsi, verso il termine della carcerazione, ad una attività espressiva di gruppo.

Allo stesso modo, il contatto continuo con un educatore della Casa Circondariale, con il cappellano e con le due infermiere professionali del Servizio (che si alternavano nel counseling post-somministrazione della terapia metadonica) hanno supportato il paziente nell'alternanza di squalifiche/idealizzazione a cui a turno i vari referenti andavano incontro e che costi-

1. M. Linean, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Cortina, Milano, 2001.