



# **La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone**

a cura di

**Pietro Fausto D'Egidio**

**Alfio Lucchini**

*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](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

---

# **La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone**

a cura di

**Pietro Fausto D'Egidio  
Alfio Lucchini**

**FrancoAngeli**

---

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

*Grafica della copertina:* Elena Pellegrini

Copyright © 2014 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](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Presentazione</b>	pag.	7
<b>Introduzione. La diagnosi di gravità della dipendenza da eroina</b> , di <i>Pietro Fausto D'Egidio</i>	»	9
<b>Metadone: “It’s a long way to Tipperary”. Da una serie di errori di un caso clinico, la focalizzazione su quanto resti ancora da fare per “avvicinare” una terapia ancora molto distante dal mondo medico</b> , di <i>Fabio Lugoboni, Marco Facchini, Rebecca Casari</i>	»	25
<b>Le benzodiazepine in un’ampia coorte di decessi per overdose. “All that we can’t leave behind”</b> , di <i>Manuela Licata, Federica Palazzoli, Patrizia Verri, Benedetta Pajusco, Fabio Lugoboni</i>	»	32
<b>Gravidanza e tossicodipendenza: valutazione clinica in un campione di donne in trattamento con Metadone cloridrato</b> , di <i>Adalgisa Natalia, Alice Sanguigni, Melania Ciminari, Katuscia Rosati, Alessia Raffaelli, Mario G.L. De Rosa</i>	»	42
<b>La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone: il caso di Marco</b> , di <i>Grech Marialuisa, Levari Ermelinda, Ferrucci Roberta, Gualdi Giuliana, Porta Alberto, Raffaele Lovaste</i>	»	50
<b>Il Gioco con il Metadone</b> , di <i>Guglielmo Cavallari, Silvia Facchini</i>	»	58

<b>Indicatori di gravità, strumenti valutativi, percorsi da valorizzare: come giungere ad una precisa diagnosi per delineare la migliore cura,</b> di <i>Nadia Anna Della Torre</i>	pag.	65
<b>I “Nostrì” (Non “Mostri”!) più gravi,</b> di <i>Rebecca Casari, Marco Faccini</i>	»	75
<b>Il Metadone carburante,</b> di <i>Elena Morrone, Antonio d’Amore</i>	»	84
<b>Di quali benzodiazepine abusano maggiormente i soggetti in trattamento metadonico?,</b> di <i>Marco Faccini, Rebecca Casari, Elisabetta Velo, Fabio Lugoboni</i>	»	88
<b>“Uscire o non uscire: questo è il dilemma”. Considerazioni socio-demografiche e psicopatologiche in 100 soggetti ricoverati per uscire dal trattamento di mantenimento metadonico,</b> di <i>Lorenzo Zamboni, Rebecca Casari, Marco Faccini, Fabio Lugoboni</i>	»	98
<b>Diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone: razionalizzazione dei fattori problematici associati alla dipendenza da eroina e sue implicazioni per la terapia,</b> di <i>Enrico De Vivo, Emanuele Bignamini</i>	»	108

# Presentazione

La diagnosi di gravità nei pazienti eroinomani è al centro delle riflessioni degli operatori e della interpretazione dei dati delle principali ricerche scientifiche.

Siamo ormai consapevoli dei limiti non solo del DSM-IV ma anche dell'ICD-9 e dell'ICD-10 a tal riguardo.

Il DSM-5, da poco disponibile anche nella traduzione italiana, e non ancora disponibile alla data di produzione dei lavori scientifici raccolti in questo volume, sicuramente rappresenta un passo in avanti con le modifiche apportate ai metodi diagnostici.

Siamo di fatto ancora alla ricerca di un percorso diagnostico utile per una diagnosi più raffinata della patologia che curiamo.

Solo partendo da una diagnosi di gravità della patologia da eroina possiamo porre in essere interventi terapeutici più efficaci; rispondendo a domande del tipo:

Perché lo stesso programma di cura produce risultati così diversi?

Abbiamo indicatori che ci aiutano a predire i risultati delle nostre cure?

Quali indicatori ci guidano nel personalizzare i programmi di cura?

Quali percorsi di valutazione ci guidano per riconsiderare il nostro lavoro nell'ottica del miglioramento continuo?

FeDerSerD ha indetto anche per l'anno 2013 il premio nazionale, il IX, su "La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone".

Il premio si è articolato in due settori.

Nel *primo* si promuoveva la raccolta di casi clinici centrata sugli aspetti e sugli strumenti diagnostici e sulla valutazione di gravità della condizione clinica dei pazienti in cura con metadone.

Questa raccolta aveva come obiettivo quello di valorizzare la esperienza dei servizi e dei centri di cura.

Nello specifico i lavori dovevano esaminare la peculiarità del caso o della casistica presentati; l'attenzione anche a situazioni specifiche quali il po-

liconsumo e/o modalità di consumo per via inalatoria; gli strumenti diagnostici e terapeutici utilizzati.

Nel *secondo* si accoglievano ricerche scientifiche che avessero come oggetto il tema del premio.

In particolare ricerche tendenti a individuare il più efficace percorso diagnostico, gli elementi da porre in evidenza per una diagnosi di gravità che si esprimesse con un indicatore (come ad esempio la classe NYHA per lo scompenso cardiaco congestizio o l'asse V del DSM-IV).

Una commissione composta da membri del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD ha selezionato alcuni lavori a cui è stato assegnato un premio nel corso del V congresso nazionale che FeDerSerD ha tenuto a Roma nell'ottobre 2013.

Riteniamo importante proporre agli operatori dei servizi italiani i contributi scientifici pervenuti.

Pescara-Milano, novembre 2014

*I curatori*

# Introduzione

## La diagnosi di gravità della dipendenza da eroina

di *Pietro Fausto D'Egidio*

Il percorso fatto dal Sistema dei Servizi per le Dipendenze in Italia, e dai Ser.D. in particolare, sulla diagnosi di gravità data da molto tempo.

Il Prof. Pier Francesco Mannaioni, tossicologo in Firenze, fu costretto ad affidarsi, in mancanza di meglio, al test di Wang per sostenere, contro diffusi pregiudizi, che somministrando metadone agli eroinomani non li drogava.

Erano i tempi in cui nella farmacopea ufficiale c'era scritto che il dosaggio massimo della terapia con metadone cloridrato sciroppo era di 30 mg e che, se il medico superava tale dosaggio, lo doveva fare assumendosene onerose responsabilità.

Il test di Wang (fig. 1) dava un punteggio ai segni di astinenza dopo una somministrazione di naloxone e la somma di quei punteggi misurava la gravità della dipendenza da eroina.

Ricordo un dibattito presso la facoltà di medicina a Firenze, anno 1979, dove contestai questo assunto al prof. Mannaioni: ero studente.

Il prof. Ugo Teodori condivise le mie considerazioni: la risposta che si otteneva con il test di Wang era una funzione legata principalmente al tempo intercorso dall'ultima assunzione di oppiaceo.

Nell'anno 2002 i dati di una ricerca condotta su tutti i pazienti in terapia con metadone cloridrato sciroppo nella totalità dei Ser.D. in Abruzzo dimostrarono che quanto più basso è il dosaggio medio di farmaco in un servizio, tanto più alto è il tasso di positività dei cataboliti urinari per uso di oppiacei.

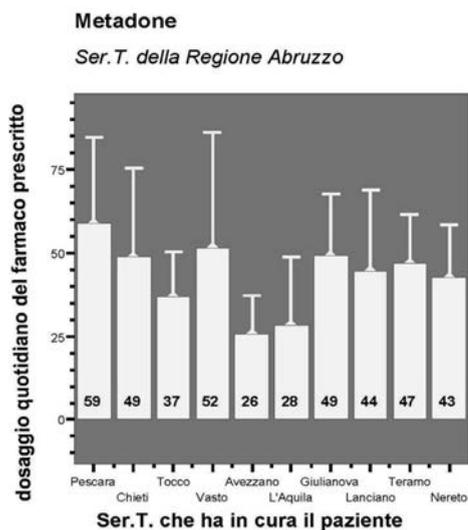
Fig. 1 - Valutazione quantitativa del grado di dipendenza da oppiacei

Segni e sintomi	Presenza o assenza di segni o sintomi							
	Prima dell'iniezione		Dopo l'iniezione di Naloxone					
	tempo 0		dopo 10 min.		dopo 20 min.		dopo 30 min.	
	+	-	+	-	+	-	+	-
Orripilazione	6	0	3	0	2	0	1	0
Vomito	6	0	3	0	2	0	1	0
Tremori	6	0	3	0	2	0	1	0
Sudorazione profusa	6	0	3	0	2	0	1	0
Agitazione	4	0	2	0	1	0	1	0
Costipazione nasale	4	0	2	0	1	0	1	0
Lacrimazione	4	0	2	0	1	0	1	0
Sbadiglio	4	0	2	0	1	0	1	0
Sensazione di freddo o di caldo	3	0	1	0	1	0	1	0
Dolori addominali	3	0	1	0	1	0	1	0
Contrazioni muscolari	3	0	1	0	1	0	1	0
Diarrea	+	-	+	-	+	-	+	-
Iperensione	+	-	+	-	+	-	+	-
Tachicardia	+	-	+	-	+	-	+	-
Midriasi	+	-	+	-	+	-	+	-

Punteggio al tempo 0 =	Punteggio totale, dopo l'iniezione	{ Dipendenza fisica grave = 41-45 » » media = 21-30 » » leggera = 11-20 » » al limite = 5-10 » » assente = 0-4
------------------------	------------------------------------	--

Da Fantozzi R. et al., 1978



Le barre di errore rappresentano Media +/- 1,0 DS  
Le barre rappresentano Medie

Questa ricerca ebbe un risultato ragguardevole: nel breve volgere di pochi mesi i Ser.D. che usavano mediamente dosaggi più bassi alzarono i dosaggi e migliorarono gli outcome della terapia.

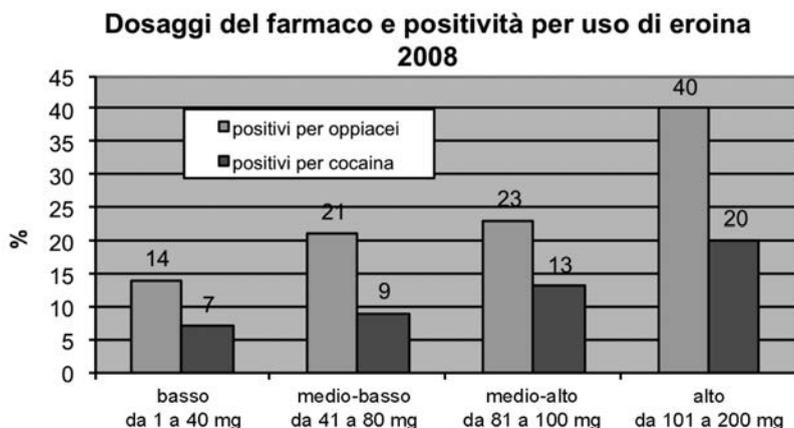
Cominciammo da allora a lavorare per promuovere un assessment diagnostico capace di entrare nella routine clinica e che fosse più articolato, capace di meglio descrivere la condizione clinica del paziente portatore di una patologia ad etiologia complessa: bio psico sociale.

L'ASI continuava a trovare molta difficoltà ad introdursi come uno strumento di uso diffuso.

Il DSM forniva un ulteriore impulso verso una semplificazione che spingeva ad una stessa formulazione diagnostica per quadri clinici tutt'affatto diversi.

I concetti di intervento multidisciplinare ed integrato rimanevano nella maggior parte dei servizi, così come purtroppo anche adesso, relegati ad una speculazione intellettuale, ad una riflessione lontana dalla realtà clinica.

Nel 2008 nel corso di una nuova valutazione dei nostri servizi (anche qui coinvolgendo la totalità dei pazienti e dei Ser.D in Abruzzo) spingemmo oltre la analisi dei dati e ci trovammo di fronte ad un risultato mai descritto, uguale in tutti gli 11 Ser.D. partecipanti e nella analisi del dato aggregato.



Suddividemmo i pazienti in trattamento in 4 gruppi in rapporto al dosaggio di metadone assunto quotidianamente:

- a) da 1 a 40 mg;
- b) da 41 a 80 mg;
- c) da 81 a 100 mg;
- d) da 101 mg in su.

La percentuale dei pazienti positivi per eroina e cocaina fu rispettivamente:

- per eroina di = 14%; 21%, 23%; 40%;
- per cocaina di = 7%; 9%; 13%; 20%.

Tutti i responsabili dei Ser.D. coinvolti nello studio, richiesti di fare una previsione, affermarono in cieco, di aspettarsi che quanto più alto era il dosaggio tanto minore sarebbe stato il tasso di positività per eroina e cocaina.

Quindi, tutti si aspettavano un risultato opposto a quello che, assolutamente simile, si ebbe in tutti i Servizi.

La differenza tra i dati delle due ricerche è sostanziale: in quella del 2002 si studiano i dati aggregati e riflette la tendenza di ciascun servizio ad usare dosaggio più o meno alti.

Nell'ultima invece, si studiano le caratteristiche della terapia per ciascun paziente.

Questa ricerca ci ha dato una informazione sostanziale: in ciascun servizio si danno dosaggi più alti ai pazienti più gravi, più problematici, soprattutto, si fa questo in maniera inconsapevole.

Il dato è stato poi confermato successivamente con altre ricerche, sia in Italia che in Germania e ha aperto almeno quattro ordini di problemi:

- a) un uso del farmaco agonista non corretto;
- b) una “diagnosi inconsapevole” di quella che allora abbiamo chiamato “la gravità della patologia”;
- c) la assoluta necessità di un assessment diagnostico più efficace;
- d) il vulnus di tanti studi retrospettivi di valutazione che andavano a comparare gruppi disomogenei di pazienti in ordine alla gravità della patologia.

A questo punto FeDerSerD si è impegnata nella applicazione di strumenti per individuare il “dosaggio adeguato” per ciascun paziente (Scala ODAS) e in una riflessione approfondita sulla diagnosi di gravità.

Riportiamo in sintesi alcune considerazioni.

Non si può fare valutazione se non sappiamo identificare gruppi omogenei di pazienti per gravità della patologia.

Una diagnosi più raffinata ci permette di definire:

- obiettivi più realistici con le cure adeguate (un ausilio per destinare una diversa intensità assistenziale a gruppi selezionati di pazienti);
- migliori programmi terapeutici;
- di fare valutazioni corrette e affidabili.

Per essere utile (pratica) una diagnosi di gravità:

- deve essere standardizzabile;
- deve essere agile e di facile lettura;
- deve avere un indicatore confrontabile (per esempio come l'asse V del DSM-IV-R).

Quali difficoltà ci sono:

- non c'è uno standard;
- ci sono alcuni lavori di singoli gruppi che sono anche molto originali e apprezzabili, ma difficili da portare a sintesi per l'eccessivo polimorfismo;
- le possibilità nella pratica clinica dei Ser.T. che sono condizionati dai carichi di lavoro e dalla abitudinarietà;
- l'università è assente;
- è oggettivamente difficile;
- ci sono molti più elementi scollegati da tenere in conto che non, per esempio, la classificazione NYHA;
- ci vuole un impegno multidisciplinare vero.

È necessario elaborare un percorso per comprendere e condividere quanto pesa nella misura complessiva:

- la gravità tossicologica;
- la gravità sociale e penale;
- la gravità psichiatrica;
- la gravità sanitaria.

Dobbiamo individuare quali scale riteniamo utili per dare indicazioni sulla gravità di patologia.

Dobbiamo aver chiara la idea di quale è l'impatto di una diagnosi di gravità sul lavoro con il paziente (definizione programmi, obiettivi ecc.).

Dobbiamo essere consapevoli che la valutazione la possiamo cercare di fare durante l'assessment diagnostico oppure ex post: classificando i pazienti in base alla risposta che abbiamo dalla terapia.

Alcuni gruppi di lavoro aderenti a FeDerSerD si sono impegnati su questo tema e hanno prodotto una serie di considerazioni; tra gli altri quello guidato dal Prof. Raffaele Lovaste a Trento di cui si riportano alcune osservazioni.

Nei processi di valutazione contare solo il numero complessivo dei pazienti seguiti porta con sé una evidente distorsione perché non tutti i pazienti sono uguali.

Non essendo ancora definiti dalla letteratura di settore indicatori che permettono una classificazione condivisa dei pazienti con dipendenza secondo una scala di gravità (patologia e situazione clinica) non è possibile individuare una griglia di case mix secondo questi parametri.

Il fattore di correzione applicato in alcuni Ser.D. per il case mix è il tempo dedicato presupponendo che, se un paziente per essere curato necessita di una maggiore densità assistenziale, è presumibilmente più impegnativo/grave.

Nella valutazione annuale il paziente a cui sono state erogate prestazioni per almeno 15 ore/anno rappresenta l'unità di riferimento.

Di conseguenza se ad un paziente sono state erogate prestazioni fino a 7,5 ore/anno avrà un impatto dimezzato nella conta dei carichi di lavoro.

Le 15 ore sono state scelte considerando che, in media, il Ser.D. di Trento ha una densità assistenziale per paziente di 15 ore/anno per professionista.

Un insieme coordinato di interventi d'area specialistici finalizzati ad una finalità generale condivisa con il paziente costituisce il progetto terapeutico complessivo.

La finalità del progetto terapeutico non può, necessariamente, essere in contrasto con nessuno degli obiettivi degli interventi specialistici che lo costituiscono.

È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessario la contemporanea o sequenziale attivazione di tutti gli interventi d'area specialistici multi professionali che il Ser.D. può erogare in quanto non richiesto dal paziente o non ritenuto utile dall'équipe per raggiungere la finalità del progetto terapeutico.

Un progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti che possiamo considerare omogenee per un insieme finito di variabili.

Per differenziare bisogna necessariamente fare delle scelte ed esplicitarne i criteri.

Ad esempio, si potrebbe differenziare le coorti per tipologia di dipendenza, eroina, cocaina, gioco d'azzardo, ma nell'ambito della stessa tipologia di dipendenza ci sono pazienti estremamente differenti fra di loro; si potrebbe differenziare per gravità della dipendenza, ma al momento non ci sono valutazioni condivise su come classificare i diversi livelli di gravità e i pazienti con dipendenza da sostanze sono molto diversi dai pazienti con gambling; si potrebbe differenziare sulla presenza/assenza di patologie associate alla dipendenza, ma anche in questo caso la variabilità dei pazienti sarebbe molto ampia.

Un criterio può essere l'obiettivo terapeutico che équipe terapeutica e paziente vogliono raggiungere in quel contesto ambientale.

È possibile allora che in una coorte siano inseriti pazienti accomunati dallo stesso obiettivo terapeutico ma con differenti tipologie di dipendenza e differenti quadri clinici.

Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i pazienti dipendenti però, come per qualsiasi altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso prevalentemente a promuovere un cambiamento di comportamenti e stili di vita, è importante avere ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati misurati.

Infatti, molto spesso, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili sia personali sia ambientali.

L'outcome quindi è dato dalla complessa interazione fra l'attività del servizio, la tipologia dei pazienti e l'ambiente sociale, culturale e politico di contesto.

FeDerSerD ha individuato nella diagnosi di gravità uno degli elementi essenziali di conoscenza per gli operatori dei Ser.D.

Il Prof. Emanuele Bignamini ha coordinato il lavoro sulla gravità nella patologia da dipendenza nel Progetto STAR, poi validato in una conferenza di consenso.

- La gravità nella patologia da dipendenza è una caratteristica attribuita ad una situazione clinica da un'équipe multidisciplinare a seguito della conoscenza progressiva del paziente e del contesto ambientale.
- La valutazione multidisciplinare disegna la fotografia data dell'equilibrio dinamico tra fattori favorenti e protettivi ad una certa data.
- La gravità è una caratteristica che varia nel tempo.
- La gravità è correlata ad una previsione di prognosi e di esito della malattia da dipendenza.

La gravità è correlata:

- al decorso della malattia da dipendenza;
- al rapporto con la sostanza/e o comportamenti che sostengono la dipendenza;
- alla intensità e qualità della sofferenza presentata dal paziente;
- alla possibile minaccia per l'integrità della sua persona compreso il pericolo di morte;
- al grado di compromissione socio relazionale (familiare, lavorativo, abitativo, ecc.) che la malattia da dipendenza provoca;
- alla possibilità o meno di attivare risorse personali favorenti la stabilizzazione del sintomo o il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza;
- alla possibilità o meno di attivare risorse familiari/amicali o di rete favorenti la stabilizzazione del sintomo e il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza.

La valutazione di gravità complessiva comprende quindi elementi che non sono esclusivi del rapporto con le sostanze e che non sono solo di tipo sanitario; quindi è possibile affermare che la gravità osservata è influenzata dal terreno culturale, neurobiologico, psicologico e socio relazionale in cui si sviluppa la patologia da dipendenza.

I fattori che compromettono l'alleanza terapeutica e che influiscono negativamente sulla trattabilità incidono in maniera significativa sulla gravità complessiva della situazione clinica in oggetto.

La gravità della patologia da dipendenza va distinta dalle complicanze: queste ultime, infatti, rendono più articolato e complesso il trattamento e possono anche determinare esiti peggiori o infausti, ma non rendono più grave in sé la malattia da dipendenza.

Le complicanze influenzano la gravità della situazione quando compromettono la possibilità di un trattamento.

La gravità, essendo il prodotto di una progressiva valutazione diagnostica multidisciplinare, va storicizzata in quanto cambia a seconda delle informazioni reperite, degli strumenti attivati e delle possibilità operative di cura.

La gravità inoltre è influenzata dai parametri di giudizio di “normalità” e di “tollerabilità” interiorizzati da chi valuta, quindi è un concetto relativo.

La relatività della gravità dipende anche da:

- omissione o manipolazione delle informazioni che vengono fornite al valutatore;
- scrupolo del valutatore nella raccolta, nel confronto e nella integrazione delle informazioni che ottiene;
- competenza e capacità del valutatore nel raccogliere e comprendere gli elementi significativi.

In definitiva la valutazione di gravità dipende dalla “cultura” e dalle informazioni di cui dispone il valutatore.

Cosa si deve necessariamente indagare per una valutazione di gravità:

- l’oggetto della dipendenza: la/le sostanze o i comportamenti che sostengono la sintomatologia della dipendenza;
- la dinamica della dipendenza: la modalità di insorgenza, la durata, la velocità di sviluppo, il grado di coinvolgimento con la/le sostanze o con il comportamento dipendente correlato alla particolare dipendenza;
- la struttura psichica: la strutturazione della personalità in grado di influenzare i comportamenti dipendenti;
- la situazione di salute, antecedente, conseguente o concomitante il comportamento dipendente: patologie infettive, internistiche, psichiatriche, ecc.;
- la situazione sociale: famiglia, convivenza, situazione economica, condizioni di vita, ecc.;
- la situazione giuridica: pendenze penali, possibilità di delinquere ecc.;
- la situazione affettiva e relazionale: possibilità di supporto familiare, amicale ecc.

È necessario inoltre considerare che:

- la fase di motivazione al cambiamento del paziente non è necessariamente un elemento di gravità;
- la motivazione, infatti, non è una caratteristica solo del paziente ma è una caratteristica della relazione terapeuta-ambiente-paziente: è modifi-

cabile attraverso specifici interventi tecnici, e il paziente può essere accompagnato attivamente nel suo progresso motivazionale;

- condizioni motivazionali sfavorevoli (precontemplazione, contemplazione) sono solo la condizione di partenza che richiede specifici interventi tecnici, ma non indicano di per sé una condizione “più grave”. È solo un paziente più difficile da trattare;
- da ricordare anche che la motivazione al cambiamento non è generale, cioè non riguarda allo stesso modo tutte le problematiche che interessano il paziente; ad esempio, il paziente può essere disponibile al cambiamento per l’uso di eroina ma non per l’uso di cannabis o di alcol.

Di seguito forniamo alcune considerazioni e assunti nel lavoro sulla gravità nella patologia da dipendenza.

## 1.

### L’oggetto della dipendenza

Il grado di vicinanza culturale/accettazione della sostanza o del comportamento nel contesto socio-culturale di appartenenza influenza sia il paziente sia il valutatore sulla gravità da assegnare alla situazione clinica complessiva.

Il tipo di sostanza non necessariamente è correlato alla gravità della dipendenza, tuttavia si deve considerare che:

- l’alcol è una sostanza particolarmente tossica e pericolosa dal punto di vista biologico;
- l’eroina e la cocaina sono sostanze particolarmente disadattative per lo status che hanno assunto nella cultura generale;
- LSD e altri allucinogeni, anche se non determinano una vera dipendenza, quando utilizzati in modo continuativo, possono determinare effetti stabili, continuativi o discontinui, simil psicotici;
- i cannabinoidi sono generalmente percepiti come “normalizzati”, e ancora di più il tabacco.

## 2.

### La dinamica della dipendenza

Età e durata della patologia da dipendenza vanno correlate tra loro:

- l’età definisce una ipotetica posizione sociale (adolescente, adulto, anziano) in cui teoricamente si trova il paziente;
- la durata della patologia fornisce informazioni sull’età di esordio (e quindi sulla condizione neuro-psicosociale del paziente al momento del suo imprinting tossicomano, sulla durata del legame che il paziente ha stretto con la/le sostanze o sul comportamento.

Logicamente, sono fattori aggravanti il quadro clinico:

- la precocità dell'esordio, in particolare prima dei 20/25 anni (SNC non ancora maturo) la continuità dell'assunzione di sostanza o del comportamento senza intervalli liberi;
- la non richiesta di aiuto o la persistenza del comportamento nonostante gli interventi terapeutici;
- la lunga durata dell'assunzione di sostanza o del comportamento;
- la pervasività del comportamento tossicomane nei diversi ambiti di vita.

### 3.

Gli effetti psichici

L'assenza di fattori protettivi "sani" da sostenere e da utilizzare come elementi protettivi di un comportamento dipendente rappresentano evidenti elementi di gravità.

Particolare importanza va data alle caratteristiche della relazione terapeuta-paziente; in particolare, va verificata l'accettazione della relazione contrattuale e il riconoscimento del terapeuta.

### 4.

La situazione di salute

Tutte le patologie associate complicano il quadro clinico complessivo, richiedendo l'organizzazione di interventi più articolati e coordinati anche tra Servizi diversi, tuttavia un vero aumento della gravità è determinato essenzialmente dagli aspetti psicopatologici/relazionali che, in modo diretto, rendono più difficile la relazione terapeutica con il paziente.

Tutti i disturbi di personalità e in particolare, per la loro frequenza nei pazienti dipendenti, quelli del cluster B del DSM (borderline, antisociale, narcisistico e istrionico) e il funzionamento mentale perverso (concetto psicodinamico, non ripreso nel DSM) costituiscono seri impedimenti al trattamento, tali da determinare un aumento di gravità.

Nel caso di una strutturazione egosintonica, il paziente si opporrà agli sforzi terapeutici che mettono in discussione il suo stile di vita.

Nel caso di una strutturazione egodistonica, il paziente interiorizza una immagine di sé svalutata e disprezzata, compromettendo l'autostima necessaria per potersi progettare diversamente.

### 5.

La situazione sociale

La condizione della famiglia di origine (conviventi/separati) e il rapporto instaurato con i componenti della famiglia possono influire pesantemente sulla gravità.

Normalmente genitori separati e conflittuali, o genitori accidentati e anaffettivi sono fattori di gravità.

La convivenza con soggetti anch'essi dipendenti da sostanze può costituire un ulteriore fattore aggravante del quadro clinico.

Altro elemento di gravità è nella cultura familiare: quando è strutturata in senso antisociale (ad esempio il misurare il valore della persona solo dal denaro e ritenere che qualsiasi mezzo sia lecito per procurarselo), rende non fruibile dal paziente buona parte dell'intervento terapeutico, in quanto sempre fondato su presupposti valoriali (legalità, onestà, tutela della vita) anche quando non è giudicante.

La cultura della famiglia, quindi, può costituire un fattore di gravità.

Una situazione economica precaria o insufficiente per il sostentamento minimo è sicuramente un elemento di gravità come una condizione di emarginazione sociale e relazionale.

Uno stile di vita strutturato attorno alla necessità di procurarsi denaro per mantenere il comportamento dipendente, soprattutto se porta a comportamenti antisociali (spaccio, prostituzione, truffe e reati contro il patrimonio) è un fattore di gravità del quadro clinico.

Tali modalità di procurarsi denaro radicalizzano la dipendenza del paziente, facendogli perdere contatto con la "normalità" e assorbire come "naturale" modalità patologiche di vita.

## 6.

La situazione giuridica

In linea di massima può essere espressione di una maggiore gravità, in quanto la malattia da dipendenza ha introdotto il paziente nel circuito penale anche se gli effetti di una restrizione carceraria possono anche essere positivi per lo sviluppo di una relazione terapeutica per cui nella distanza si riduce la gravità della situazione clinica.

## 7.

La situazione affettiva

Se il rapporto emotivo-affettivo tra il paziente e un eventuale partner di riferimento anch'esso dipendente è molto intenso, se si ha di fronte un legame simbiotico, agito sia in modo amoroso-fusionale sia in modo aggressivo-conflittuale, la regressione psicologica del paziente rende il quadro di dipendenza più radicale e più maligno.

Non si tratta in questa situazione di una complicazione, ma di un vero e proprio elemento di gravità significativo.