



Manuale critico sull'affido dei farmaci oppiacei

a cura di
Maurizio Fea

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



FrancoAngeli



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.



Manuale critico sull'affido dei farmaci oppiacei

a cura di
Maurizio Fea

FrancoAngeli



Copyright © 2008 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

Gli Autori	pag.	7
Presentazione. Perché un manuale critico sull'affido dei farmaci agonisti oppiacei, di M. Fea	»	9
Le questioni fondamentali		
1. Le ragioni dell'affido, di E. Bignamini	»	13
2. L'alleanza terapeutica come strumento di cura: radici neurobiologiche e implicazioni cliniche, di F. Nava	»	32
3. Aspetti etici, di M. Fea	»	45
4. Organizzazione e qualità delle cure, di E. Cozzolino	»	65
Cosa succede in Italia e nel mondo		
5. Procedure e controllo dei processi, di R. Lovaste	»	79
6. Riferimenti normativi italiani, di A. Lucchini	»	99
7. Pratiche cliniche e gestionali, di C. Tosetto	»	104
8. Affido e medici di medicina generale, di F. D'Egidio	»	113
9. Cosa succede nel mondo, di G. Strepparola	»	123
Il senso della vita e lo scopo della cura		
10. Le operazioni cognitive dell'affido: le poesie si fanno con le parole non con le idee, di S. Basti	»	165
11. Le norme e i loro effetti sulla vita dei pazienti e dei Servizi, di M. Ferdico	»	176

Gli Autori

Sandra Basti, psicologa e psicoterapeuta lavora nel Ser.T. di Pavia. Diplomata nel master di metodologia formativa LEO, Laboratorio di Epistemologia Operativa, oltre che alla clinica delle dipendenze è interessata ai processi di elaborazione della conoscenza e del rapporto che si stabilisce con essi in contesti di formazione. Nell'ambito clinico sta seguendo gli sviluppi del Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento di Patricia M. Crittenden e del Trattamento Dialettico Comportamentale del disturbo borderline di personalità di Marsha Linehan.

Emanuele Bignamini, medico psichiatra, psicoanalista SIPI, membro del Direttivo nazionale FeDerSerD, Direttore Dipartimento Dipendenze 1 della Asl Torino 2. Lavora nell'ambito delle dipendenze dal 1983. Ha pubblicato numerosi lavori scientifici e tre libri: sulla comorbidità psichiatrica, sull'inquadramento interdisciplinare della dipendenza e, nel 2009, sulla cocaina.

Edoardo Cozzolino, medico lavora nel settore delle dipendenze patologiche da 22 anni. Ha svolto attività di Responsabilità di Ser.T. della provincia di Milano fino al 1998. Da allora ha diretto diversi Ser.T. della Asl di Milano e attualmente è Direttore, nella stessa Asl, del Ser.T. 1 - Struttura Complessa in cui operano circa 90 professionisti e sono seguiti circa 3000 pazienti all'anno. Autore o coautore di numerosi lavori scientifici pubblicati anche su riviste internazionali, è Presidente di FeDerSerD Lombardia e membro del Direttivo di FeDerSerD Nazionale.

Fausto D'Egidio, laureato in medicina e chirurgia, specialista in medicina interna, ematologia generale, allergologia e immunologia clinica. Direttore del Ser.T. di Pescara e segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD, ha svolto numerose attività scientifiche, di aggiornamento e formazione e didattiche ed è stato docente a contratto per oltre 15 anni della facoltà medica della Università Gabriele D'Annunzio di Chieti.

Maurizio Fea, psichiatra, ha diretto fino al 2004 il Dipartimento Dipendenze della Asl di Pavia. È stato docente a contratto per le Università di Pavia e Milano (Cattolica). Numerosi lavori scientifici e alcuni libri sulla prevenzione e sui temi etici connessi alle dipendenze. Membro del Direttivo di FeDerSerD nazionale e respon-

sabile della formazione, dirige attualmente European Society in Addiction Research and Education.

Michele Ferdico, psichiatra, tossicologo, psicoterapeuta, direttore del Ser.T. di Sciacca, Ausl 1 di Agrigento. Ha compiuto varie esperienze sulla psicobiologia dei sistemi dopaminergici nella tossicodipendenza. Da anni si occupa della definizione e dell'organizzazione dei modelli di farmacologia clinica che si applicano nei trattamenti delle principali forme di dipendenza da sostanze e in doppia diagnosi. Vicedirettore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD.

Raffaele Lovaste, direttore del Servizio per le Tossicodipendenze dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, è membro dell'ufficio di presidenza e del consiglio direttivo nazionale di FeDerSerD, del Gruppo Interregionale di esperti nel settore delle tossicodipendenze ed è referente nazionale per la provincia Autonoma di Trento per le dipendenze.

Alfio Lucchini, medico, specialista in psicologia medica e psicoterapeuta. Dirigente psichiatra, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze della Asl Milano Due. Presidente nazionale di FeDerSerD, presidente di ALT Onlus, docente incaricato in numerose università italiane, direttore scientifico di Mission.

Felice Nava, medico specialista in farmacologia clinica e psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo e comportamentale e dottore di ricerca in neuroscienze. Esperto nel campo della neurobiologia e del trattamento delle dipendenze. Attualmente è Dirigente Medico presso il Dipartimento delle Dipendenze di Castelfranco Veneto-Treviso e Direttore del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD.

Giovanni Strepparola, medico specialista in Psicologia medica, psicoterapeuta SITCC, si occupa da oltre vent'anni di dipendenze e patologie correlate; attualmente è dirigente di primo livello del Dipartimento delle Dipendenze dell'Asl provincia di Milano 2 Lombardia (Melegnano) con il ruolo di Responsabile dell'U.O. Programmazione coordinamento e qualità e dell'Osservatorio territoriale sulle Dipendenze.

Claudio Tosetto, medico internista. Da oltre 20 anni si occupa di Dipendenze presso l'Asl di Varese, attualmente Responsabile della U.O. Territoriale Dipendenze provincia Nord del Dipartimento Dipendenze di Varese. Ha curato diversi progetti nell'ambito della prevenzione e del trattamento delle Dipendenze e delle patologie correlate, nonché del disagio in Adolescenza.

Presentazione

Perché un manuale critico sull'affido dei farmaci agonisti oppiacei

di *M. Fea*

L'affido del farmaco è una modalità sempre più diffusa nella pratica dei Servizi e in taluni casi rappresenta il 50% delle attività di prescrizione dei farmaci agonisti, anche se sono carenti studi e ricerche che ne documentino in maniera rigorosa le forme di utilizzo. Il sistema nazionale di rilevazione non contempla alcuna voce per descrivere questo tipo di attività, sebbene ogni Servizio disponga della documentazione e dei dati relativi ai soggetti in trattamento con farmaci in affido.

È un argomento sul quale non si è ancora avviata una analisi seria e approfondita, per la scarsità dei dati comparabili sui quali poter fare un confronto, per le modalità utilizzate eterogenee e talora di dubbia liceità, e perché le pratiche fanno riferimento a presupposti e principi teorici differenti tra loro.

Si tratta quindi di un argomento controverso, poco discusso in maniera formale e tuttavia o forse proprio per questa ragione, fonte di conflitti tra operatori all'interno dei Servizi e anche tra Servizi analoghi allocati in territori diversi o addirittura negli stessi territori. Naturalmente ciò genera differenze ma soprattutto disuguaglianze nel trattamento dei pazienti, di cui talora non è chiara la ragione.

Inoltre la normativa specifica è stata soggetta a revisioni, adattamenti e interpretazioni senza che sia stato definito il campo di applicazione da coordinate teoriche chiare e condivise.

Da ultimo, l'affido dei farmaci viene ritenuto un fattore rilevante per la durata dei trattamenti e strettamente connesso con quegli aspetti della cura che taluni considerano come elementi che possono concorrere al consolidamento di una condizione di cronicità della malattia, perciò riteniamo che sia molto importante storicizzare l'evoluzione del fenomeno affido in relazione sia alle dinamiche di sviluppo della dipendenza da eroina, sia alle acquisizioni scientifiche che hanno accompagnato e orientato le pratiche cliniche in questi anni.

Vogliamo quindi provare a fare un po' di ordine e la forma del manuale si presta meglio di altre ad organizzare il pensiero e fare il punto sull'esistente, analizzando i diversi aspetti che sono implicati: da quelli semantici (perché affido e non consegna) alle ragioni farmacologiche che giustificano le forme specifiche di utilizzo, agli aspetti normativi e giuridici che definiscono il campo e le modalità di applicazione, ai temi etici sottesi alle decisioni terapeutiche, agli effetti che queste pratiche di trattamento determinano sugli assetti organizzativi e viceversa, allo scopo di dare suggerimenti e indicazioni per migliorare le pratiche, con il contributo di più punti di vista esperti.

La pluralità dei contributi va anche al di là delle specifiche competenze disciplinari, e soccorre alla debolezza del dato informativo. Non potendo infatti disporre di documentazione adeguata per descrivere in maniera soddisfacente le caratteristiche sia quantitative che qualitative del problema "affido" ci sembra che il contributo di numerosi esperti, rappresentativi di realtà diverse e complesse, per collocazione territoriale, per dimensioni di Servizio, per caratteristiche organizzative, per esperienza professionale, possa almeno in parte ovviare a questo limite evidente del lavoro, giustificando quindi la dizione di manuale.

La sezione dedicata a ciò che accade in Italia e in altre parti del mondo non pretende di essere esaustiva, ma più semplicemente vuole mettere in evidenza ciò che si sa e si fa, sia attraverso il puntuale lavoro di ricognizione bibliografica e della letteratura disponibile per la parte internazionale, sia attraverso l'esperienza diretta e il resoconto ragionato di chi su questi temi ha riflettuto, sperimentato e provato a codificare. Evidentemente non è tutto, né questo manuale pretende di esaurire il tema, piuttosto si pone come primo tentativo di dare ordine ad una materia fino ad ora trascurata, sia per gli aspetti concettuali che la sottendono che per le implicazioni concrete che ne derivano. Sono pochi almeno in Italia gli studi che mettendo a confronto gli esiti dei trattamenti farmacologici, prendono in considerazione la variabile "affido" come fattore in grado di pesare sull'efficacia del trattamento, eppure questa dovrebbe essere una caratteristica molto importante, vista la sua diffusione e le plausibili intenzioni terapeutiche che la sostengono. Così come sono pochi gli studi formali che mettono in relazione il fenomeno dell'affido dei farmaci con la creazione di quel cosiddetto "mercato grigio" che sembra alimentare gli usi impropri dei farmaci.

Il manuale non risolve ovviamente questa carenza, ma vuole sollecitare la comunità scientifica a porvi rimedio, aprendo un dibattito e stimolando chi è attento e curioso del proprio lavoro, a lavorare anche in questa direzione.

Ci sono poi alcuni capitoli indirizzati ad esplorare le questioni più concettuali sulle ragioni dell'affido. Si poteva fare una rassegna delle teorie e dei modelli concettuali della dipendenza da sostanze, ma abbiamo preferito

provare a tradurre in una logica più soggettiva, come alcune delle teorie sulla dipendenza prendano forma e consistenza nella pratica clinica, lasciando alla responsabilità di chi scrive il compito di enucleare quelli che ritiene essere i presupposti più legittimi e riconosciuti per l'applicazione di tali prassi. Ne risulta una pluralità di punti di vista, tutti plausibili e utili per approfondire ed arricchire il confronto, che ci auguriamo, seguirà alla lettura del testo.

Una osservazione conclusiva sul titolo “Manuale Critico”, perché la questione appare tuttora troppo controversa e non disponiamo di forme di sapere consolidato e soprattutto condiviso che consentano di dare risposte univoche, perciò non può che essere critico, ossia inteso a problematizzare piuttosto che asserire, ad aprire e fornire strumenti per un confronto piuttosto che a mettere frettolosamente la parole fine ad una questione che appare centrale nelle pratiche dei Servizi e nelle strategie di policy.

Un ringraziamento particolare ai colleghi che hanno accettato di partecipare a questa fatica, mettendo a disposizione le proprie competenze, il proprio sapere ed il tempo necessario per renderlo condivisibile a tutti.

Le questioni fondamentali

1. Le ragioni dell'affido

di E. Bignamini

Premessa

È opportuno parlare di *ragioni* dell'affido (al paziente) della terapia farmacologia per la dipendenza da oppiacei piuttosto che di *razionale*.

Sarebbe un errore metodologico cercare di trattare questo tema come fosse materia di valutazioni oggettive, riconducibili a parametri schematizzati e semplificati; non è questa la sede per presentare le ampie argomentazioni in proposito, ma vale la pena di ricordare che la gestione *clinica e reale* dei pazienti eroinomani comporta l'affrontare problemi attivi su molteplici livelli, che rendono la decisione finale e visibile del medico la risultante di numerose forze vettoriali non immediatamente riconoscibili; una decisione che raramente deriva dalla *applicazione* di protocolli, mentre è più spesso *l'interpretazione di come applicarli*.

Chi ritiene applicabile alla clinica della dipendenza da oppiacei formule o regole precostituite, fa una operazione di *finzione*, con la quale isola ed astraie *una* delle dimensioni problematiche, fornendo un modello distante dalla cura delle persone reali e dalla pratica concreta dei Servizi.

Pur riconoscendo che la pratica, nei Servizi di oggi, è a volte agita senza adeguata consapevolezza (frutto della mancanza di adeguata formazione: non si ribadirà mai abbastanza la necessità di Scuole di Specializzazione, per tutte le diverse professioni ingaggiate nella terapia dei tossicodipendenti), mescolata a sensazioni di impotenza e di frustrazione da parte dei medici, bisogna però sottolineare come i Servizi per le Dipendenze hanno, rispetto agli altri Servizi specialistici sanitari, una cultura molto più integrata, interdisciplinare, capace di tenere conto e di affrontare *l'insieme* della persona-paziente; in questo senso sono più evoluti (almeno in potenza) dal punto di vista culturale.

Con ciò non si vuole negare il valore delle linee guida (oggi sarebbe poco accettabile anche sul piano estetico, visto il dominio del paradigma razionalistico). Le linee guida svolgono un ruolo importante come *riferimen-*

to: consentono al professionista, che le deve studiare e conoscere, di confrontare il proprio operato con indicazioni di comportamento che vengono generalmente considerate, in quel momento, corrette.

Tuttavia, ad esempio, è ben noto a tutti come i dosaggi di riferimento indicati in letteratura per una corretta terapia con metadone siano, in Italia, poco osservati. Un fatto simile, data la sua diffusione, non è certamente questione di non conoscenza; e chi lo utilizza per denigrare i medici dei Ser.T. usa davvero una piccola quota della propria intelligenza. Intervengo, ancora adesso, fattori ideologici (e l'ideologia è una cosa seria: dannosa, ma seria) e culturali: dove la cultura del medico deve necessariamente contemperarsi con la cultura ambientale e con quella del paziente. Quanti medici si sono sentiti appellare, scherzosamente o meno, come "spacciatori di metadone"? Ci si può allora stracciare le vesti perché il medico non applica i "protocolli" se deve sostenerli come una bandiera e affermarli *contro* la volontà e le convinzioni di tutti gli altri? Gli spacciatori, almeno, cedono merci che i clienti bramano: i medici che tentano di condurre i pazienti a terapie che rispettino gli standard di ricerca, devono invece scontrarsi, spesso, con il rifiuto di chi non è "compiante": il problema è la motivazione al cambiamento, prima ancora che la prescrizione di dosaggi corretti.

Quindi, le linee guida devono essere viste come uno sforzo di razionalizzazione in un contesto dove i fattori irrazionali sono preponderanti; sono utili come riferimento, ma applicabili in modo rigoroso solo in condizioni artificiali, dove fattori interferenti e confondenti possono essere isolati e neutralizzati. Assumono un valore *pratico* tanto maggiore quanto più il contesto in cui il medico si trova ad operare si avvicina alle condizioni (ambientali, relazionali, organizzative) prefigurate dagli estensori delle linee guida, che però sono di solito non esplicitate. E, ricordiamolo, elementi essenziali del contesto sono sia il medico sia il paziente.

Ulteriore considerazione da ricordare in premessa è che l'affido è *uno* strumento che, nella realtà, non è mai utilizzato da solo, perché è inevitabilmente connesso ad una serie di altre questioni cliniche; esso è solo *uno* degli elementi che costituiscono e vengono trattati nella relazione medico-paziente-Servizio. Tutto il ragionamento che segue, quindi, non può essere scambiato per *l'intervento* che il medico e l'équipe curante svolgono con il paziente, in quanto non rappresenta che un ologramma e un simbolo del rapporto di cura. Non si può quindi pensare che si curi un paziente grazie all'affido, drammatizzandone l'importanza: relativizzare e circostanziare l'impiego di un singolo strumento aiuta a non fermarsi ad esso, a non idolatrarlo, ma piuttosto a cercare di comprendere le diverse finalità e i diversi modi con cui esso è utilizzato.

Potrà quindi apparire che la stessa decisione terapeutica venga presa, indistintamente, sia per favorire processi evolutivi sia per mettere una pezza

a situazioni di deterioramento, come se tutto fosse confuso ed indifferente. Questa superficiale valutazione fa sì che il lavoro con i tossicodipendenti venga banalizzato e considerato inutile o, peggio ancora, facile. Sappiamo, invece, quanto grandi siano le differenze tra terapeuti (preparati, coscienti, capaci, o meno), che pur usano gli stessi interventi, così come i clinici sanno bene che gli strumenti terapeutici veramente essenziali sono pochi: la differenza la fa come, dove, quando, perché e con chi vengono impiegati.

Definizione

Scopo di questo capitolo è discutere le ragioni, favorevoli e sfavorevoli, per affidare al paziente (un paziente che è un tossicodipendente da oppiacei e forse dedito anche ad altre sostanze) farmaci specifici per la sua patologia, come il metadone e la buprenorfina.

Con questa finalità, intendiamo **l'affido come l'esito di una negoziazione tra medico e paziente**, cioè come un *contratto* (un accordo, una intesa, un compromesso) che entrambe le parti sottoscrivono perché, ognuna di esse vi vede la possibilità di raggiungere o di avvicinarsi al proprio scopo¹.

Questa impostazione mette subito in evidenza che *non è possibile* discutere dell'affido *oggettivando* il paziente, come fosse una cosa inerte. Al medico non basta descrivere le condizioni del paziente e, acquisite quelle, applicare il proprio schema. Il paziente *determina* l'esito della contrattazione nella stessa misura (non di più, ma neanche di meno) del medico e del contesto in cui avviene lo scambio terapeutico, portando le *sue* convinzioni, necessità, finalità (e le sue modalità negoziali).

È in questo senso che le linee guida (così come le indicazioni normative) mostrano il loro limite; potrebbero essere più utili (ma molto più difficili da redigere) se puntualizzassero per che tipo di pazienti e di medici sono scritte.

Questa visione dell'affido, in realtà, è assolutamente in linea con quanto si sa che capita con qualsiasi terapia: quella che viene chiamata *compliance* alla terapia, in realtà, non è altro che una "coda contrattuale" che segue la prescrizione del medico, e che diminuisce quando questi non si preoccupa

1. In altre parti di questo volume si fa una distinzione importante tra *affido* e *consegna* del farmaco al paziente, distinzione condivisibile e che illumina altri aspetti della questione. Quello che sembra importante discutere in questa sede, invece, è il processo e le finalità che portano al fatto che il paziente, partendo da una situazione di totale controllo da parte del medico e di totale dipendenza dal Servizio, acceda a maggiori livelli di potere decisionale e di autonomia operativa. Da questo punto di vista, affido o consegna sono entrambi frutto di una negoziazione e di un accordo.

pa di valutare con accuratezza e completezza il maggior numero di fattori possibili interferenti con l'adesione e l'aderenza del paziente alle sue indicazioni.

Infatti, come corollario alla definizione di cui sopra, si deve sottolineare che il medico è sia una parte in causa della negoziazione con il paziente sia la parte *responsabile* della conduzione e dell'esito della negoziazione stessa. Ciò gli viene dal suo ruolo di terapeuta; il paziente, invece, entra a pieno titolo nella negoziazione, ma non ne ha la responsabilità né sul piano della conduzione né sul piano della decisione finale. Egli, proprio in quanto paziente, fa il suo *mestiere*, che è quello di portare (agire, rappresentare) i suoi problemi, anche *dentro* la negoziazione; questa asimmetria deve essere considerata e ammessa a prescindere da qualsiasi riflessione sulla capacità di intendere e volere del tossicodipendente, in quanto canovaccio tipico delle relazioni medico-paziente.

Così, mentre ci si deve aspettare che il medico sia capace di *comprendere* l'altro (rendersi conto dei suoi problemi, delle sue finalità), non si può pretendere dal paziente un atteggiamento e una competenza analoga.

Quindi l'affido qui è inteso come l'esito di una negoziazione tra medico e paziente **di cui il medico ha la responsabilità.**

Fattori che intervengono nella negoziazione

La negoziazione tra medico e paziente che conduce al contratto per l'affido risente di molteplici fattori, che possono essere indicati come:

a) propri del medico:

1. caratteristiche relazionali;
2. cultura propria della professione medica (stato dell'arte);
3. cultura del medico-persona e ideologia (conoscenze professionali, competenze, pre-giudizi, convinzioni);
4. motivazione al trattamento (a curare i tossicodipendenti);
5. finalità esplicite e implicite (motivazioni inconsapevoli o meno ad agire in un determinato modo; aspettative verso di sé, gli altri, il mondo);

b) propri del paziente:

1. caratteristiche relazionali;
2. cultura sulla tossicodipendenza (conoscenze, esperienze);
3. cultura del paziente-persona e ideologia (convinzioni, pregiudizi);
4. motivazione al trattamento (a curarsi, a cambiare sé);
5. finalità esplicite e implicite;
6. condizioni fisiche, psichiche o giuridiche, stabili o temporanee;

c) propri del contesto:

1. clima di lavoro;
2. cultura del gruppo di lavoro (filosofia del Servizio);

3. ideologia dominante (sui farmaci agonisti; sul valore dei pazienti e del curarli);
 4. motivazione al trattamento (aspettative verso la cura dei tossicodipendenti);
 5. centralità dell'oggetto di lavoro (prevalenza di altri interessi);
 6. finalità esplicite e implicite (committenza contraddittoria);
 7. norme e regolamenti;
 8. condizioni organizzative (rapporto operatori-utenti; personale, locali e strumenti disponibili; senso di sicurezza dell'operatore; disponibilità dei farmaci);
- d) propri del farmaco:
1. efficacia;
 2. norme e regolamenti;
 3. caratteristiche farmacotossicologiche (capacità di indurre/ridurre craving, tossicità, appetibilità per i bambini);
 4. trasformabilità in denaro se rivenduto;
 5. alone simbolico (rappresentazioni, mitologie, stigma).

Risulta immediatamente evidente che gli elementi in gioco sono molto numerosi e che ben difficilmente, solo raramente, un numero limitato di essi (ad esempio la cultura scientifica del medico, la cogenza della norma, l'efficacia intrinseca del farmaco) possono essere così *forti* da determinare, da soli, l'esito della negoziazione.

Invece, alcuni possono essere così *deboli* da assumere un ruolo di pesante condizionamento sulla decisione finale.

Passare in rassegna ogni singolo fattore, oltre che lungo, potrebbe risultare anche piuttosto astratto e noioso.

Proviamo, allora a discutere alcune *ragioni* per concordare o meno l'affido, cercando di analizzare come i fattori sopra esposti siano vettori che, più o meno avvertitamente, concorrono ad orientare la decisione finale. Le ragioni sono suddivise in: ragione generale; ragioni terapeutiche; ragioni di gestione del caso; ragioni problematiche.

Ragione generale: una vita senza affido

Su questo non c'è bisogno di spendere molte parole, basta ricordare il problema.

Le terapie con agonisti tendono ad essere, ormai, molto protratte nel tempo. I pazienti vengono sollecitati a continuare per anni una terapia che, dati di ricerca alla mano, pare avere un importante effetto protettivo sulla vita, dalle patologie associate, dalle ricadute, sulla intensità e sulla gravità della tossicodipendenza.

Il farmaco prescritto va assunto quotidianamente alla presenza dei sanitari incaricati del Servizio di somministrazione, in base alle norme vigenti che prevedono che questa sia la modalità di base della terapia.

Ciò comporta che, ogni giorno, tutti i giorni, il paziente debba recarsi in un luogo specifico, in orari predefiniti, per assumere il farmaco.

Può essere sufficiente rappresentarsi che cosa questo significhi nella vita concreta di una persona per comprendere come non sia realistico aspettarsi che non si verifichino condizioni, esterne o interne al soggetto, che possano condizionare negativamente la compliance alla prescrizione. Dalle malattie, ai viaggi di lavoro o alle vacanze, agli impegni familiari e di lavoro, alla semplice fatica, al disagio di raggiungere l'ambulatorio, ... l'obbligo che lega alla somministrazione può diventare pesante e spingere la persona a trovare soluzioni "alternative" o a correre rischi indebiti pur di ottenere il farmaco.

Caso esemplare e storico fu quello della alluvione a Torino del 2000; la sede della somministrazione fu isolata dall'acqua e l'intera zona evacuata dalle Forze dell'ordine. Fu costituito un cordone di sicurezza che impediva l'accesso al quartiere allagato. Nella notte era stata organizzata una sede di somministrazione alternativa, ma non era stato possibile informare tutti i pazienti del nuovo riferimento della somministrazione. Ovviamente, tutti i torinesi si tennero alla larga da quella zona pericolosa... tranne i pazienti che dovevano assumere la terapia, che elusero i controlli e corsero seri rischi per accedere alla somministrazione.

Si deve tenere conto anche di quanto sia labile (o dinamica, se si preferisce) la posizione motivazionale del paziente tossicodipendente: l'ambivalenza e l'oscillazione affettiva, nonché le fasi di acuzie o sopimento del desiderio, tipiche e intrinseche all'addiction, determinano condizioni di grande mobilità cognitiva ed emotiva del soggetto. Il paziente, per molto tempo, va considerato una bilancia in equilibrio tra due piatti dal peso uguale: la situazione appare stabile e controllata, ma bastano piccolissimi spostamenti di peso per determinare l'oscillazione e lo sbilanciamento da una delle due parti. Ciò significa che anche condizioni sopportabili e non determinanti in una particolare fase, possono diventare critici in altre. Il terapeuta deve puntare ad ottenere sempre il massimo, ottimizzando il suo intervento come fa uno skipper su una barca a vela: non si può certo paragonare il percorso terapeutico per un tossicodipendente ad un treno giapponese (binari dritti e orari certi...).

In un certo senso, non affidare il farmaco al paziente può diventare un fattore di rischio per la riduzione della compliance e quindi della efficacia della terapia stessa. Prima o poi, affidare il farmaco diventa una questione imprescindibile.

Senza bisogno di studiare la letteratura, questo i pazienti lo sanno e, se non è il medico ad aprire il discorso, lo faranno loro. Ovviamente, non è

detto che il loro fine sia (solo) ridefinire condizioni che migliorino la compliance: è questo che rende difficile e raffinato il lavoro del medico.

Ragione terapeutica 1: il recupero globale della persona

Il “recupero globale della persona”, pur essendo una fraseologia che appartiene più ad un ambito ideologico che clinico, si riferisce alla tensione, irrinunciabile in ogni atto medico deontologicamente corretto, verso il raggiungimento della condizione di salute ottimale per quella persona.

Dietro una tale affermazione potrebbe esserci l’idea che il tossicodipendente sia una persona “normale”, sostanzialmente “sana”, cui si è sovrapposta, come una “crosta”, la tossicodipendenza: tolta questa crosta, si avrebbe nuovamente disponibile la condizione precedente, restituita “ad integrum”. Oppure la metafora implicita potrebbe essere quella di una persona “sana” che si è persa, che ha sbagliato strada, e che va “recuperata” e riportata sul giusto cammino.

Sul piano scientifico e clinico, queste visioni non possono essere considerate corrette alla luce delle conoscenze attuali, che indicano come l’uso di sostanze non costituisca solo un *condizionamento esterno* al soggetto, ma determini una sua *trasformazione interna*, tale che la semplice sospensione, anche protratta nel tempo, dell’assunzione della droga non è sufficiente per considerare concluso il percorso terapeutico. È questo il motivo che fonda l’obiettivo di evitare in tutti i modi, attraverso la prevenzione, che chi è ancora indenne, non venga in nessun modo in contatto con le droghe.

Più vicina al lavoro reale dei Servizi potrebbe essere la metafora del “recupero di una persona in montagna”. Assumiamo che chi parte per la montagna sia “sano”; potrebbe, durante la salita, avere un incidente per cui necessita soccorso; la squadra di soccorso va a recuperare l’alpinista e, ovviamente, il suo scopo è “il recupero globale della persona”. Tuttavia, quello che riesce a recuperare non dipende solo dalla squadra: la sua preparazione tecnica, il metodo di approccio e i mezzi a disposizione saranno fondamentali, tuttavia sia le condizioni climatiche sia quelle della montagna sia la gravità dell’incidente determineranno la possibilità di recuperare la persona in buone condizioni vitali oppure un soggetto ferito o, addirittura, un cadavere. In alcuni casi, purtroppo, neanche quello.

In ogni caso, al medico si pone il problema concreto di favorire al massimo la possibilità, per il paziente, di svolgere una vita “normale”, astenendosi dall’uso di sostanze illegali e legali in grado di rafforzare e cristallizzare la dipendenza e sviluppando tutte quelle attività lecite e costruttive che possono essere fonte di radicamento del comportamento astinente.

In questo senso, l’affido può essere concordato con il paziente in ordine a un progetto di rivitalizzazione di spazi esistenziali. Ovviamente, in fun-