



**Interreg**  
**ALCOTRA**

Fonds européen de développement régional  
Fondo europeo di sviluppo regionale



UNION EUROPÉENNE  
UNIONE EUROPEA

# Progetto COSAT

Cooperazione Sanitaria Transfrontaliera

*REPORT FINALE*

*Manuale Operativo*

*per la presa in carico di pazienti*

*transfrontalieri con problemi di dipendenza*



Settembre 2017

Il presente fascicolo è stato elaborato e redatto all'interno del Progetto COSAT finanziato dal Programma Interreg ALCOTRA 2014-2020 e svolto nel periodo Febbraio 2016/Ottobre 2017.

Hanno collaborato al Progetto gli operatori e i servizi del Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (ex ASL TO2), per l'Italia, e la Fondazione Edith Seltzer e i suoi servizi per le dipendenze per la Francia. Sono inoltre stati coinvolti, per la condivisione degli obiettivi di progetto e per l'implementazione dei protocolli sperimentali, l'ASL TO3, con il suo Dipartimento per le Dipendenze, e l'Ospedale di Briançon e i servizi Dipendenze (CSAPA) del Dipartimento territoriale Hautes Alpes.

Responsabili del Progetto: Dr. Augusto Consoli, Dr. Francois Bach

Per la redazione del presente documento si ringrazia:

Olivier Antoyé, Christelle Bourgeois, Michele Ceruti, Paola Damiano, Valérie De Bono, Maura De Macchi, Chiara Forno, Matteo Frossi, Angelo Giglio, Chiara Iannolo, Jules Merleau-Ponty, Daniel Petrelli, Pascal Pirollet, Elisa Scaroina.

## **INDICE**

### **1. PREMESSA**

### **2. PROTOCOLLO PER PAZIENTI TRANSFRONTALIERI**

### **3. PROTOCOLLI SPECIALISTICI TRANSFRONTALIERI**

#### **3.1. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER L'ALCOLISMO**

#### **3.2. TRATTAMENTO RESIDENZIALE PER GIOCATORI D'AZZARDO**

#### **3.3. PERCORSO DI PREVENZIONE SECONDARIA PER GIOVANI CONSUMATORI DI CANNABINOIDI**

#### **3.4. ATTIVITÀ E FUNZIONI DEL CONSIGLIERE PER L'ECONOMIA SOCIALE E FAMILIARE**

#### **3.5. MODELLO DI ACCESSO NON CONNOTATO AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE**

#### **3.6. PROGRAMMA RESIDENZIALE INTENSIVO PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE**

## 1. PREMESSA

Nel presente Manuale Operativo vengono descritti alcuni protocolli e procedure di collaborazione tra diversi servizi socio-sanitari per il trattamento delle dipendenze patologiche. Tali protocolli sono stati sviluppati nell'ambito del Progetto Co.Sa.T. (Cooperazione Sanitaria Transfrontaliera) realizzato nei territori limitrofi al confine italo-francese della Val di Susa e delle Hautes Alpes. Tengono quindi conto delle specificità di questi territori e della particolare organizzazione dei servizi di cura in essi presenti, ma possono essere strumenti applicabili, previa opportune verifiche ed eventuali adeguamenti, anche in altri territori ed altre nazioni, confinanti e non. Allo stato attuale il diritto di ciascun cittadino europeo di essere curato in qualsiasi paese dell'Unione di frequente si scontra con le profonde differenze organizzative e funzionali che tuttora sussistono nelle diverse nazioni rispetto all'erogazione dei servizi di prevenzione e cura. Il dialogo e l'interscambio di culture professionali e pratiche cliniche si configurano quindi come fattori propedeutici alla costruzione di protocolli condivisi che possono limitare le difficoltà di spostamento dei pazienti da un territorio all'altro, ma anche che favoriscono l'arricchimento reciproco tra professionisti della salute e l'ampliamento delle offerte terapeutiche disponibili per i cittadini dei diversi paesi europei. Questi protocolli sono quindi il frutto di un lavoro di confronto e scambio i cui risultati sono discussi in altre sezioni del report, ma i cui contenuti e obiettivi generali devono essere almeno accennati in questa sede per meglio comprendere la cornice in cui si inscrivono.

Come anticipato la finalità generale del Progetto Co.Sa.T. è stata il miglioramento della qualità dei trattamenti rivolti a soggetti con problemi di consumo di sostanze psicoattive o dipendenza patologica che vivono in contesti montani di confine caratterizzati da specifiche difficoltà ambientali e logistiche, o che vivono in aree non montane ma limitrofe. Nell'ottica del progetto questa popolazione target è stata distinta in due categorie di destinatari finali: le persone residenti nei territori interessati e i soggetti che si spostano verso questi territori, o all'interno di essi, per periodi temporanei e principalmente per motivi di lavoro (i cosiddetti lavoratori 'transfrontalieri'). L'obiettivo generale è stato quindi declinato in due obiettivi specifici per ciascuna categoria di destinatari: a) garantire la continuità assistenziale a quei pazienti che si spostano da una nazione all'altra e che per questo si trovano a interagire con servizi di cura con modelli organizzativi anche molto differenti tra loro; b) aumentare il ventaglio di offerte e opportunità terapeutiche per pazienti che vivono in contesti isolati dove la presenza di presidi di prevenzione, diagnosi e cura è più rarefatta. I due obiettivi sono stati perseguiti in modo sequenziale, per cui inizialmente il lavoro si è orientato alla costruzione di un protocollo di collaborazione tra servizi italiani e francesi per la gestione dei pazienti 'transfrontalieri', per poi passare alla definizione e alla sperimentazione condivisa di protocolli per il trattamento di specifici consumi e dipendenze (alcol, cannabinoidi e gioco d'azzardo) che in questi territori, pur con variabilità locali, sembrano avere una maggiore diffusione.

Nella scansione temporale dei lavori le prime azioni progettuali sono state indirizzate alla comparazione dei due territori in termini di:

- a) caratteristiche socio-demografiche ed economico-produttive,
- b) consumi di sostanze e dipendenze nella popolazione,
- c) organizzazione dei servizi di cura, strumentazioni adottate e tipologie di trattamenti offerti,
- d) caratteristiche e distribuzione dell'utenza dei servizi.

Rispetto ad alcune variabili la comparazione tra i due territori è stata allargata ad aree limitrofe più estese (i territori di competenza dell'ex-ASL3 e dell'ex ASL TO2 per l'Italia, la regione del PACA per la Francia) poiché esiste una continuità organizzativa ed operativa tra sedi 'periferiche' e sedi 'centrali' che abbiamo dovuto considerare nel momento in cui uno degli obiettivi progettuali era quello di allargare la fruizione di tutti i servizi e le prestazioni disponibili nelle due regioni di riferimento.

Questo lavoro di comparazione è stato inizialmente realizzato attraverso l'analisi della documentazione esistente e dei dati disponibili, analisi da cui sono scaturite una serie di proposte per l'aggiornamento e la condivisione, almeno parziale, delle metodologie di raccolta dei dati e di gestione dei flussi informativi. Alcune informazioni inizialmente non disponibili sono state ottenute attraverso la predisposizione di strumenti di rilevazione appositamente costruiti (schede e questionari), la cui compilazione è stata effettuata in alcuni casi dai soli responsabili e in altri da tutti gli operatori dei servizi interessati. Tutta la documentazione raccolta e prodotta è stata poi condivisa con gli operatori dei servizi che, in una serie di incontri realizzati sia in Italia sia in Francia, hanno potuto confrontarsi sui punti di vicinanza e sugli elementi di differenziazione tra i rispettivi modelli organizzativi e funzionali, oltre che esprimere una propria valutazione di adeguatezza rispetto a tali modelli. Durante questi incontri gli operatori hanno potuto direttamente visionare i centri e le strutture presenti sui rispettivi territori ed approfondire con i colleghi le casistiche in carico e le tipologie di trattamenti offerti.

Sulla base di tale conoscenza reciproca è stato possibile sviluppare un primo protocollo comune per la gestione condivisa dei programmi terapeutici di quei pazienti che si spostano per periodi più o meno lunghi da una nazione all'altra. Come verrà descritto più avanti nel dettaglio questo protocollo implica la tempestiva trasmissione, sulla base della liberatoria del paziente, dai servizi italiani a quelli francesi e viceversa, di tutta la documentazione clinica del paziente e l'indicazione dettagliata del programma terapeutico-riabilitativo da svolgere. Questa collaborazione ha una serie di implicazioni normative (per esempio autorizzazione al trattamento dei dati), gestionali (per esempio l'imputazione dei costi) e cliniche (per esempio il fatto di avere o meno la disponibilità di tutti i trattamenti). Tali aspetti sono stati analizzati e sono state approntate specifiche soluzioni ai problemi rilevati, orientate al rispetto dei diritti dei pazienti, compatibili con le legislazioni vigenti nei due paesi e coerenti con le risorse attualmente disponibili. Durante il periodo di svolgimento del progetto è stato possibile valutare tale protocollo in relazione ai pazienti che si spostano tra i due paesi per motivi di lavoro ed è stato valutato come le procedure in esso previste siano efficaci nel velocizzare il processo di presa in carico, nell'evitare carenze o, al contrario, ridondanze nell'offerta di trattamenti e nel permettere un monitoraggio e un interscambio informativo costante durante il percorso di cura. In sintesi il protocollo è stato considerato efficace nel

garantire ai pazienti quella continuità assistenziale che era obiettivo primario e principale del progetto. L'unico perdurante elemento di criticità è dato dall'adozione nei due paesi di sistemi differenti per la registrazione dei dati e dei flussi informativi. Disomogeneità questa che impedisce una condivisione delle informazioni in tempo reale su un'unica piattaforma web-based (come avviene ad esempio all'interno della Regione Piemonte) e che impone, come d'altronde accade per pazienti inviati in altre regioni italiane, una trasmissione fisica o telematica di tutta la documentazione.

La dotazione di tecnologie informatiche nei diversi servizi di cura è stato un altro tema affrontato durante il progetto e trattato in una sezione dedicata di questo documento. Sono state analizzate sia le disomogeneità esistenti tra i territori e i possibili correttivi, sia i notevoli vantaggi che l'adozione di nuove tecnologie (hardware e software, ma anche web e social) apporterebbe nell'erogazione e nella fruizione di alcuni servizi offerti, specialmente in contesti difficilmente raggiungibili dagli operatori e per categorie di soggetti che potrebbero incontrare difficoltà (logistiche o psicologiche) nel rivolgersi fisicamente alle strutture presenti sul territorio.

Le opportunità di confronto e scambio tra gli operatori italiani e francesi hanno permesso non solo la costruzione di un protocollo specifico per la presa in carico dei pazienti transfrontalieri, ma anche la conoscenza reciproca dei modelli organizzativi adottati e dell'offerta terapeutica disponibile nei due paesi. Su questa base gli operatori italiani e francesi hanno approfondito il funzionamento di alcune strutture e i contenuti di alcuni trattamenti non presenti nel proprio territorio, con la finalità di importarli o di renderli comunque fruibili per i propri pazienti che, in quanto cittadini europei, hanno il diritto di scegliere in questo ampio contesto territoriale le sedi del proprio trattamento. Si è così proceduto alla definizione e alla sperimentazione di ulteriori protocolli di presa in carico e di trattamento rivolti ad alcune specifiche tipologie di pazienti (consumatori di alcol, consumatori di cannabinoidi e giocatori d'azzardo). Come detto tali protocolli possono riguardare sia i costituenti specifici dei trattamenti (ad es. i percorsi residenziali per giocatori d'azzardo o certi tipi di terapia farmacologica per alcolisti), sia modelli e strategie più generali d'intervento (come l'accoglienza territoriale non connotata delle domande o centri di trattamento residenziale intensivo per le emergenze). Come nel caso del protocollo per pazienti transfrontalieri, anche per questi ultimi protocolli 'specialistici' è stato effettuato un confronto congiunto su 12 casi (2 per ogni protocollo).

Questo ampliamento degli obiettivi progettuali, sollecitato anche da una richiesta degli operatori coinvolti nel progetto, è stato considerato coerente con la finalità generale del progetto di incrementare e migliorare l'offerta preventiva e terapeutica per quei soggetti che vivono in territori disagiati da un punto di vista dell'accessibilità ai servizi di cura. Per gli stessi operatori di questi servizi di confine è una grande opportunità poter incrementare il ventaglio di offerte preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative disponibili, dal momento che tale allargamento permette una maggiore personalizzazione dei trattamenti, aumentando così la loro appropriatezza ed efficacia potenziale. In quest'ottica la condivisione di protocolli 'specialistici' si è dimostrata un fattore propulsivo del progetto non limitandone le ricadute alla casistica circoscritta

dei pazienti transfrontalieri, ma estendendone i benefici all'intera popolazione residente e stanziale nei due paesi e diventando un modello di collaborazione replicabile ed eventualmente esportabile in altri territori europei. Proprio nell'ottica di una trasferibilità dei processi e dei risultati del progetto sono state anche evidenziate le principali criticità emerse durante i lavori e le strategie ritenute più adeguate per superarle.

## 2. PROTOCOLLO PER PAZIENTI TRANSFRONTALIERI

*Target:* persone con problematiche legate al consumo di sostanze psicoattive o a forme di dipendenza patologica che si spostano tra l'Italia e la Francia per periodi più o meno lunghi.

*Finalità generale:* facilitare la presa in carico e l'appoggio terapeutico dei pazienti transfrontalieri al fine di garantire l'accesso ai Servizi e la continuità di cura alle persone con problematiche legate al consumo di sostanze psicoattive o a forme di dipendenza patologica.

### **a) Premessa**

Questa sezione delinea le modalità operative per consentire la cogestione terapeutica rivolta a soggetti con problematiche di dipendenza che per necessità di tipo lavorativo, o per altri motivi, abbiano l'esigenza di spostarsi dal territorio italiano a quello francese o viceversa. In particolare nel caso di cittadini che si spostano per lavoro, questi si trasferiscono per periodi di tempo piuttosto lunghi, anche di diversi mesi, con occupazioni e impieghi prevalentemente legati al settore turistico. Tale aspetto temporale rende necessario il proseguimento del trattamento per i pazienti già in carico, sia dal punto di vista farmacologico che dal punto di vista di un trattamento terapeutico più globale, che si articoli anche su interventi di tipo educativo, psicologico e sociale, al fine di garantire una buona prosecuzione ed aderenza al programma terapeutico in atto. Le procedure descritte possono essere anche applicate a persone non ancora in carico ai Servizi per le Dipendenze italiani o francesi, che si rivolgono per la prima volta a un servizio diverso da quello di competenza territoriale. Queste due procedure di presa in carico sono illustrate nel dettaglio nella parte seguente.

### **b) Obiettivi specifici**

- a) favorire l'accesso, la presa in carico o la prosecuzione dei pazienti transfrontalieri con consumi problematici di sostanze psicoattive o comportamenti di dipendenza in modo da non ostacolare il trattamento e compromettere lo stato di salute del paziente;
- b) consentire alla persona una maggior flessibilità nell'impegno lavorativo nel corso del trattamento che richiede, per una sua maggior efficacia, una particolare attenzione e continuità;
- c) permettere un aumento dell'autonomia della persona, importante ai fini dell'inserimento sociale e lavorativo.

### **c) Tipo di presa in carico**

#### ➤ Presa in carico parziale

La presa in carico parziale prevede la cogestione del trattamento del paziente insieme ad un altro Servizio per le Dipendenze al fine di garantire il proseguimento di alcuni trattamenti. I pazienti non residenti ma domiciliati per motivi di tipo lavorativo in territorio non di

competenza del loro Servizio territoriale, possono usufruire di una presa in carico parziale presso altro Servizio per le Dipendenze transfrontaliero, al fine di proseguire il proprio trattamento di cura. In questo caso la titolarità del trattamento e il relativo onere finanziario rimarranno a carico del Servizio territoriale inviante di competenza. Tale presa in carico prevede l'invio al Servizio accogliente della *Scheda Paziente Transfrontaliero* in cui, oltre alla parte anagrafica, anamnestica e diagnostica, sono indicate le modalità di prosecuzione del trattamento in atto. Per questi pazienti è eventualmente prevista la possibilità di concordare un appuntamento con un operatore addetto all'accoglienza e alla presa in carico. Sarà a cura del Servizio accogliente trasmettere il dato relativo alle prestazioni e agli interventi effettuati aggiornando e rinviando la relativa *Scheda Paziente transfrontaliero*.

➤ Presa in carico globale

La persona che, successivamente a un periodo di appoggio, decida di trasferirsi definitivamente spostando la propria residenza, può essere presa in carico globalmente dal Servizio di quel territorio. Il Servizio accogliente dovrà inviare richiesta scritta di Nulla Osta alla presa in carico globale del trattamento del quale diventerà titolare. L'onere finanziario sarà totalmente a suo carico.

**d) Documentazione e schema di sintesi**

a) *Scheda Paziente Transfrontaliero.*

b) *Schema Operativo per la cogestione di pazienti transfrontalieri.*

# Scheda Paziente Transfrontaliero

## Parte 1. A cura del Servizio Inviante

Come previsto dalla normativa vigente, in Italia e in Francia, il paziente è stato informato e ha fornito il suo consenso, verbale o scritto secondo le relative normative in vigore dei relativi Stati, al trattamento dei dati clinici. Nel caso sia stato raccolto in forma scritta, ove richiesto, il consenso è riportato nella presente scheda e resta conservato agli atti del servizio che lo raccolte. La trasmissione e la custodia dei dati è coperta dal segreto professionale da parte del personale del servizio inviante e del servizio ricevente.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Servizio inviante	
Indirizzo	
Telefono	
Fax	
Email	
Operatore/i di riferimento	
Data inizio trattamento congiunto	
Data fine trattamento congiunto	

Dati paziente	Luogo di nascita	Data di nascita
	Residenza	Nazionalità
	Domicilio	Telefono

Documento di riconoscimento	Tipo	N.
Numero Tessera Europea di Assicurazione Malattia:		

Stato civile	Libero/a <input type="checkbox"/>	Coniugato/a <input type="checkbox"/>	Separato/Divorziato <input type="checkbox"/>	Vedovo/a <input type="checkbox"/>	N. Figli...
Titolo di studio	Nessuno <input type="checkbox"/>	Lic. Elementare <input type="checkbox"/>	Lic. Media <input type="checkbox"/>	Lic. Superiore <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>

Problema primario	Eroina <input type="checkbox"/>	Cocaina <input type="checkbox"/>	Crack <input type="checkbox"/>	Stimolanti <input type="checkbox"/>	Allucinogeni <input type="checkbox"/>	THC <input type="checkbox"/>	Alcol <input type="checkbox"/>
	Metadone <input type="checkbox"/>	Altri oppiacei <input type="checkbox"/>	Psicofarmaci <input type="checkbox"/>	Inalanti <input type="checkbox"/>	Tabacco <input type="checkbox"/>	Gioco <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

#### Descrizione quadro anamnestico e diagnostico (sintesi)

- Area medica / sanitaria
- Area psicologica / psichiatrica
- Area sostanze (alcol e droghe)
- Area familiare / relazioni sociali
- Area lavoro / studio
- Area legale

*\* specificare livelli di gravità per ogni area*

#### Descrizione Programma Terapeutico in atto (sintesi)

- Contenuti generali (obiettivi intermedi e finali, durata)
- Terapie farmacologiche
- Trattamenti psicologici e psicoterapeutici
- Sostegno Educativo
- Interventi Sociali
- Altro (specificare)

#### Descrizione dei trattamenti per i quali si richiede la prosecuzione in altra sede (obiettivi, contenuti, durata)

## Parte 2. A cura del Servizio Accogliente

Servizio Accogliente	
Indirizzo	
Telefono	
Fax	
Email	
Operatore/i di riferimento	

### Aggiornamento fasi trattamento

T1 (30 gg):

T2 (60 gg):

T3 (.....):

### Osservazioni conclusive/Esito del percorso terapeutico



### **3. PROTOCOLLI SPECIALISTICI TRANSFRONTALIERI**

In questa sezione verranno delineati i protocolli specialistici per il trattamento dell'abuso di alcol, della dipendenza da gioco d'azzardo e da cannabinoidi. Tali protocolli sono nati dalla collaborazione congiunta dei due servizi per le dipendenze con l'obiettivo di uniformare i trattamenti a livello dei due territori ed ampliare il ventaglio dell'offerta preventiva, diagnostica, terapeutica e riabilitativa, dal momento che tale allargamento permette una maggiore personalizzazione dei trattamenti aumentandone l'appropriatezza e l'efficacia.

#### **3.1 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER L'ALCOLISMO**

Nella fase preliminare, dedicata al confronto tra servizi ed operatori dei due paesi, sono emerse sostanziali differenze nei protocolli di trattamento adottati con i pazienti che presentano una dipendenza da alcol. Le differenze derivano principalmente dall'adozione di farmaci i cui diversi effetti determinano la necessità di gestioni diversificate. In Italia uno dei farmaci elettivi per il trattamento della dipendenza da alcol è l'Alcover, nome commerciale di un prodotto il cui principio attivo è il sodio oxibato, mentre in Francia il farmaco elettivo è il Campral®, nome commerciale di un prodotto il cui principio attivo è l'acamprosato. Senza entrare eccessivamente nel dettaglio sul meccanismo d'azione dei due prodotti, è qui sufficiente evidenziare che mentre il Campral® è efficace solo nella riduzione del craving e per il mantenimento dell'astinenza, l'Alcover® è efficace anche nella riduzione dei sintomi astinenziali. Da ciò deriva che il primo sia indicato soprattutto per quei pazienti che abbiano già raggiunto lo stato di astinenza, mentre il secondo può essere utilizzato anche nella fase di disintossicazione. I medici francesi hanno quindi mostrato un grande interesse per un farmaco che potrebbe notevolmente aiutarli nella complessa fase della disassuefazione da alcol e non solo in quella successiva di rinforzo e prevenzione della ricaduta e si è quindi deciso di individuare questo tipo di protocollo come lavoro congiunto. L'Alcover presenta però alcune controindicazioni, tra cui la possibilità di indurre una dipendenza, che hanno inizialmente preoccupato i colleghi francesi e che hanno determinato la scelta di condividere il protocollo di trattamento centrato sull'utilizzo di questo farmaco. È stata quindi avviata una collaborazione di tipo informativo rivolta agli operatori francesi con il fine di estendere la somministrazione di questa terapia anche nel territorio di loro competenza, sia per pazienti transfrontalieri, sia per pazienti residenti. Tale collaborazione, ancora in corso, prevede che alcuni medici francesi individuati siano affiancati da colleghi italiani nel trattamento di casi di pazienti con Disturbo da uso di alcol. L'affiancamento riguarda l'intero percorso terapeutico dei pazienti, dalla fase di accoglienza, valutazione e diagnosi, alla fase di definizione e gestione del trattamento, integrando indicazioni farmaco-specifiche (dosaggi, durata, monitoraggio degli effetti, eventuale protocollo di diminuzione a scalare) con indicazioni circa i trattamenti complementari (psicologici, educativi e sociali). Tali trattamenti proseguiranno oltre il termine del progetto, ma ai colleghi francesi verranno aggiornati circa l'evoluzione degli stessi e sarà loro offerto un servizio di consulenza e accompagnamento nella gestione di quei nuovi casi per cui decideranno, se sarà possibile, di adottare il farmaco oggetto della sperimentazione.

## a) Destinatari

Caratteristiche target	Pazienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol (DSM5) con sintomatologia astinenziale e/o sintomatologia da craving per alcol di grado elevato.
Criteri selezione target	<p>Il paziente deve svolgere un percorso di accoglienza che comprende un colloquio socio-educativo, un colloquio psicologico e una visita medica nel corso della quale il medico effettua la raccolta anamnestica, l'esame obiettivo e prende visione di eventuale documentazione sanitaria già in possesso del paziente. Se necessario, vengono richiesti ulteriori esami ematochimici specifici per la diagnosi di alcolismo; viene, inoltre, eseguito un controllo etilometrico e, se opportuno, un esame tricologico per la ricerca di etilglucuronato su matrice cheratinica. La valutazione complessiva a conclusione di tale percorso consente di inquadrare la persona nel contesto del Disturbo da Uso di Alcol e di individuare l'indicazione alla terapia con farmaco Alcover®.</p> <p>Controindicazioni: quando non deve essere usato l'Alcover®:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- malattie organiche e mentali gravi, non essendo noti gli effetti a breve e lungo termine di Alcover® su tali condizioni fisiopatologiche;</li><li>- malattia epilettica e convulsioni epilettiformi, per evitare possibili effetti di potenziamento dell'azione sedativa dei farmaci antiepilettici;</li><li>- pregressa o attuale dipendenza da sostanze stupefacenti, per evitare i rischi di sovradosaggio volontario e di sinergismo farmacotossicologico insiti in tali stati patologici, contraddistinti da poliassunzione di sostanze psicoattive e compulsione ad aumentare la dose;</li><li>- ipersensibilità verso i componenti o verso altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico;</li><li>- gravidanza, allattamento;</li><li>- trattamento concomitante con farmaci antiepilettici e sostanze psicoattive.</li></ul> <p>Quali farmaci o alimenti possono modificare l'effetto di Alcover®:</p> <p>Sono possibili effetti sinergici con farmaci antiepilettici e sostanze psicoattive, l'uso contemporaneo con tali farmaci va perciò evitato.</p>
Strumenti screening/diagnosi	Documentazione laboratoristica e strumentale recente, passaggi in DEA refertati, visite specialistiche neurologiche, psichiatriche, gastroenterologiche o internistiche pregresse, lettere di dimissioni da reparti ospedalieri.

## b) Obiettivi

Obiettivo 1	Superamento della sintomatologia astinenziale e disintossicazione da alcol.
Obiettivo 2	Trattamento del craving da alcol per favorire la presa in carico del paziente e la motivazione al cambiamento verso uno stile di vita più sano, in particolare favorire la compliance ai trattamenti psicologici individuali e di gruppo orientati alla prevenzione della ricaduta.

## c) Rete

Possibili servizi da coinvolgere	Servizi di Alcologia, Pronti Soccorso e altri reparti ospedalieri, Cliniche, Case di Cura e Comunità Terapeutiche, Centri di Salute Mentale, Medici di base, Servizi per la Disabilità e Servizi Geriatrici.
Professionalità coinvolte	Medico, infermiere, psicologo, educatore professionale, assistente sociale.
Meccanismi di collaborazione	I medici dei Servizi di Alcologia effettuano consulenze nei reparti ospedalieri su richiesta telefonica. Effettuano riunioni per la presentazione dei casi con gli specialisti dei servizi di cui sopra. Collaborano con questi servizi fornendo dati anamnestici e clinici utilizzando una modulistica specifica, con lo scopo di favorire il ricovero del paziente. Collaborazioni anche con i medici di base per una presa in carico facilitata per il paziente inviato per problemi correlati all'uso di alcol.

## d) Setting

Sede/i di erogazione delle prestazioni	Presso i Servizi di Alcologia, i reparti ospedalieri e le strutture residenziali.
--	---

## e) Tempistica

Durata interventi (range e variabili))	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trattamento della sintomatologia astinenziale e disintossicazione tra i 30 e i 40 giorni;</li><li>• Trattamento del craving 6 mesi.</li></ul>
--	---

## f) Descrizione

Valutazione/diagnosi (e relativi strumenti)	Verifica con esami di laboratorio ed etilometria dell'adesione al trattamento. Miglioramento del funzionamento complessivo del paziente oltre che sul piano fisico, anche su quello psichico, relazionale e sociale.
Tipologia Interventi (albero/sequenza)	Nel corso dell'accoglienza il medico alcolologo valuta l'indicazione alla terapia con Alcover® e redige un piano terapeutico su modulistica specifica che viene conservata e gestita dal personale infermieristico. L'infermiere somministra il farmaco ed effettua nursing e counselling inerente la corretta assunzione della terapia con Alcover® e sullo stato di salute in generale del paziente. L'educatore e l'assistente sociale effettuano un inquadramento e un trattamento di sostegno e orientamento. Lo psicologo affronta in un setting individuale o di gruppo le tematiche inerenti la problematica per rinforzare le strategie di prevenzione della ricaduta.

## g) Valutazione

Indicatori di processo	Raggiungimento di una sospensione dell'uso di alcol o riduzione del numero di drinks settimanali. Miglioramento dei parametri clinici di laboratorio e tossicologici inerenti lo stato di intossicazione cronica. Adesione alle proposte terapeutiche complessive multimodali offerte al paziente.
Indicatori di efficacia	Astinenza dall'alcol, riduzione del craving, miglioramento delle condizioni complessive di salute.
Strumenti	Valutazione della puntualità agli appuntamenti previsti per la terapia, corretta assunzione del farmaco secondo la prescrizione medica, esami di laboratorio inerenti la crasi ematica, la funzione epatica, l'assetto metabolico lipidico, idroelettrolitico, immunitario, vitaminico. Esame del capello per la ricerca di Etilglucuronato. Etilometrie estemporanee. Valutazione in équipe in un follow-up semestrale del percorso terapeutico.

### 3.2 TRATTAMENTO RESIDENZIALE PER GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

Anche per il trattamento dei giocatori d'azzardo patologici è stata prevista una sperimentazione attraverso l'affiancamento degli operatori per tutto il corso del percorso residenziale. Anche in questo caso tale protocollo è stato elaborato e studiato anche attraverso un lavoro di *case report* su casi di pazienti con Disturbo da gioco patologico nelle diverse fasi del trattamento con l'obiettivo di trasferire questa modalità di intervento sull'altro territorio. Tale sperimentazione prevede il coinvolgimento di un'équipe multi professionale di operatori in modo da rendere la formazione più completa possibile.

Il protocollo prevede un percorso residenziale rivolto a giocatori patologici che si trovino in una fase iniziale del trattamento, con finalità di osservazione diagnostica in situazione di contenimento del sintomo, oppure che siano già da tempo in un regime di trattamento ambulatoriale che necessita di un intervento motivazionale di rinforzo. La scelta di avviare un intervento residenziale breve (9 giorni) vuole favorire i pazienti che mostrano difficoltà ad aderire ai trattamenti, o soggetti a frequenti ricadute, ad intraprendere percorsi comunitari di medio o lungo termine. La necessità di coprire i debiti contratti con il gioco e di poter continuare a mantenere la propria vita lavorativa e sociale, costituisce per questi soggetti una priorità che li porta a richiedere un percorso di cura. Il modello di intervento si fonda sull'integrazione di differenti modelli teorici: motivazionale, sistemico relazionale, psicodinamico, neurobiologico, e quello dei processi pedagogici degli adulti. È un intervento simbolico-esperienziale di rinforzo relazionale e motivazionale verso percorsi di trattamento rispetto ai quali non costituisce un'alternativa ma un'integrazione e spesso una premessa. La peculiarità dell'intervento è rappresentata dalla metafora del viaggio verso un luogo isolato e protetto: il soggiorno costituirebbe quindi una parentesi nella vita del soggetto, un percorso di conoscenza introspettiva. La distanza dalla propria città di residenza e dalla propria rete familiare e sociale, così come la collocazione della struttura ospitante in un luogo montano immerso nella natura, lontano dalla propria abituale quotidianità, permettono ai pazienti di distanziarsi temporaneamente dalla propria storia di vita per poterla osservare e ri-conoscere. Il setting consente di raggiungere una condizione di 'messa da parte' dal sintomo altrimenti difficilmente ottenibile, specie nelle fasi iniziali di un percorso ambulatoriale, e si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi: osservazione e approfondimento diagnostico, incremento della consapevolezza rispetto al proprio comportamento di gioco ed ai meccanismi cognitivi che contribuiscono a sostenerlo ed incrementarlo, rinforzo della motivazione al cambiamento e aumento dell'auto-efficacia, sperimentazione di nuovi comportamenti e strategie di gestione della noia e di utilizzo del tempo libero, miglioramento della *compliance* al trattamento e prevenzione della ricaduta. Il principale strumento clinico è il gruppo: la condivisione rappresenta un'occasione forte di confronto sulla propria storia, sul proprio stile di vita, sui propri comportamenti e sulla qualità delle proprie relazioni. La residenzialità, la condivisione in gruppo, la brevità e l'intensità dell'intervento rappresentano un potente innesco all'avvio di processi di insight e di progettualità terapeutica. I contenuti principali del percorso riguardano: il pensiero magico e gli schemi cognitivi distorti, i meccanismi neurobiologici della dipendenza da gioco, esordio e significato del sintomo nella cornice generale della storia di vita individuale,

l'individuazione degli stimoli e delle situazioni a rischio e strategie di fronteggiamento e di messa in protezione, l'analisi della situazione sociale ed economica e l'individuazione di strumenti per la riduzione dei danni.

L'équipe può essere composta da educatori, psicologi, medici, assistente sociale e tecnico dell'attività motoria oltre che da operatori pari che garantiscono la copertura della struttura 24 ore su 24. L'alto tasso di conclusione (>95%) può essere in parte spiegato con la brevità del percorso, la forte natura simbolica dell'intervento, oltre che dalla condivisione, in una reciproca interdipendenza, dell'obiettivo di portare a termine con successo l'esperienza.

#### a) Destinatari

Caratteristiche target	Giocatori d'azzardo patologici.
Criteri selezione target	In fase iniziale di presa in carico presso l'ambulatorio territoriale o in seguito a ricaduta per rinforzare la motivazione al trattamento in atto.
Strumenti screening/diagnosi	Non si effettua screening diagnostico in ingresso.

#### b) Obiettivi

Obiettivo 1	Osservazione e approfondimento diagnostico in condizione libera da sintomo.
Obiettivo 2	Incremento della consapevolezza rispetto al proprio comportamento di gioco ed ai meccanismi cognitivi che contribuiscono a sostenerlo ed incrementarlo.
Obiettivo 3	Rinforzo della motivazione al cambiamento e aumento dell'auto efficacia.
Obiettivo 4	Miglioramento della <i>compliance</i> al trattamento.
Obiettivo 5	Prevenzione della ricaduta.

#### c) Rete

Servizi coinvolti e funzioni	Ambulatorio territoriale:
------------------------------	---------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• progettazione (contatti con i servizi invianti, reclutamento pazienti);</li> <li>• gestione logistica (reperimento struttura ospitante, definizione turni personale, individuazione degli operatori pari, predisposizione dei materiali di consumo, gestione trasporti);</li> <li>• gestione attività clinica (conduzione gruppi con pazienti).</li> </ul>
Professionalità coinvolte e funzioni	Educatori, psicologi, medici, assistente sociale, tecnico dell'attività motoria e collaboratori (operatori pari) che garantiscono la copertura della struttura 24 ore su 24.
Meccanismi di collaborazione	Invio schede segnalazione da parte dei servizi invianti con definizione obiettivi all'inserimento; restituzione ai servizi invianti di relazione di osservazione con ipotesi indicazioni terapeutiche.

#### d) Setting

Sede/i di erogazione delle prestazioni	Struttura esterna (non sede fissa).
--	-------------------------------------

#### e) Tempistica

Durata interventi	9 giorni.
-------------------	-----------

#### f) Descrizione

Valutazione/diagnosi (e relativi strumenti)	<p>Non si utilizzano strumenti psicodiagnostici specifici. La valutazione viene effettuata sulla base dell'osservazione del paziente rispetto alle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità relazionali (con gli operatori con il gruppo degli ospiti);</li> <li>• livello motivazionale (livello di consapevolezza del problema, motivazione/disponibilità al cambiamento);</li> <li>• compulsività al gioco, pensieri erronei e distorsioni cognitive;</li> <li>• capacità di elaborazione dei rimandi (sia del terapeuta che dei pari, capacità introspettiva, capacità critica);</li> <li>• rete/risorse esterne (attuali e da attivare/riattivare);</li> <li>• obiettivi (definizione obiettivi perseguibili dal paziente dopo percorso</li> </ul>
---	---

	<p>breve in Comunità Terapeutica);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ipotesi tipologia giocatore (secondo la classificazione di Blaszczynski ) e definizione indicazioni terapeutiche.</li> </ul>
<p>Tipologia Interventi (albero/sequenza)</p>	<p>Tutti gli interventi sono condotti esclusivamente in <i>setting</i> di gruppo e sono tematici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione del contratto terapeutico di gruppo;</li> <li>• definizione degli obiettivi individuali;</li> <li>• escursione / giochi di consolidamento del gruppo;</li> <li>• aspetti neurobiologici del Disturbo da gioco d'azzardo;</li> <li>• aspetti sociali del Disturbo da gioco d'azzardo;</li> <li>• distorsioni cognitive;</li> <li>• storia della dipendenza;</li> <li>• rete delle risorse;</li> <li>• riconoscimento delle competenze residue;</li> <li>• prevenzione della ricaduta;</li> <li>• verifica degli obiettivi;</li> <li>• l'esperienza dei pari (attraverso testimonianze e narrazioni);</li> <li>• conclusioni.</li> </ul>

### g) Valutazione

<p>Indicatori di processo</p>	<p>Ritenzione in trattamento (conclusione del percorso).</p>
<p>Indicatori di efficacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento della consapevolezza circa i meccanismi cognitivi ed emotivi che sottendono al proprio comportamento di gioco.</li> <li>• Aumento della motivazione al trattamento.</li> <li>• Aumento dell'autoefficacia.</li> <li>• Aumento della compliance al trattamento.</li> </ul>
<p>Strumenti</p>	<p>Osservazione post-trattamento (diretto per quanto riguarda i pazienti dell'ambulatorio ns ASL, indiretto attraverso il contatto telefonico con gli operatori inviati di altri servizi esterni alla ns ASL) circa la ritenzione in trattamento ambulatoriale, l'attivazione degli strumenti terapeutici indicati, il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi di remissione definiti (completa o parziale).</p>

### 3.3 PERCORSO DI PREVENZIONE SECONDARIA PER GIOVANI CONSUMATORI DI CANNABINOIDI

In questa sezione viene presentato un protocollo di intervento adottato ormai da diversi anni dall'ex ASL TO2, in collaborazione con il Nucleo Operativo Tossicodipendenze (N.O.T.) della Prefettura di Torino. Tale protocollo prevede un percorso informativo-motivazionale rivolto a gruppi di minori segnalati per possesso o uso di sostanze stupefacenti. Finalità dell'intervento, che si colloca nell'area della prevenzione selettiva o secondaria, è quella di accrescere la consapevolezza nei giovani rispetto ai rischi per la salute fisica e per il benessere psico-relazionale connessi all'uso di sostanze, promuovere l'auto-consapevolezza circa le proprie condotte e rinforzare la motivazione a modificare quelle più disfunzionali. Per quanto la diversa configurazione organizzativa dei servizi francesi richieda un adattamento di questo modello operativo, l'elevata visibilità territoriale di alcuni di questi servizi, il loro elevato dinamismo in contesti frequentati da giovani e la limitata connotazione rispetto alle dipendenze, ha fatto sì che molti operatori francesi esprimessero il loro interesse per i percorsi qui descritti. È quindi stato avviato un preliminare confronto sui criteri di selezione, le procedure adottate e i risultati ottenuti, che anche in questo caso ha implicato un affiancamento di operatori francesi che hanno partecipato al lavoro dei gruppi.

#### a) Destinatari

Caratteristiche target	Persone minorenni segnalate per la prima volta dalle forze dell'ordine alla Prefettura per consumo o possesso di sostanze stupefacenti (In Italia art. 75 del DPR 309/90)
Criteri selezione target	Persone minorenni segnalate per la prima volta dalle forze dell'ordine e che accettino di effettuare un percorso formativo/preventivo/educativo al fine di ottenere la certificazione che eviti loro di incorrere nelle sanzioni amministrative previste.
Strumenti screening/diagnosi	Auto-Somministrazione del test IDTS (Inventory of Drug Taking Situation), il cui risultato prospettico viene poi condiviso individualmente con ogni ragazzo al termine del percorso.

#### b) Obiettivi

Obiettivo 1	Approfondire le dinamiche relative alla salute psico-fisica del periodo adolescenziale, in riferimento all'uso di sostanze psico-attive e ai rischi connessi.
Obiettivo 2	Conoscere la normativa vigente relativa al consumo di sostanze psico-attive.

Obiettivo 3	Comprendere meglio le motivazioni e il significato del proprio consumo di cannabinoidi e riflettere sui propri stili di vita.
Obiettivo 4	Favorire l'assunzione di decisioni più consapevoli rispetto alle proprie abitudini di consumo di sostanze psicoattive.

### c) Rete

Servizi coinvolti e funzioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ufficio Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) della Prefettura: colloquio preliminare dopo segnalazione delle Forze dell'Ordine, invio al SerT per percorso formativo/preventivo/educativo, colloquio finale di chiusura del procedimento e acquisizione della certificazione.</li> <li>• Dipartimento Patologia delle Dipendenze: coordinamento e gestione percorso formativo/preventivo/educativo, rilascio della certificazione finale.</li> </ul>
Professionalità coinvolte e funzioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educatore professionale, infermiere, assistente sociale: gestione colloqui preliminari con ragazzo e genitori, conduzione del percorso.</li> <li>• Medico, psicologo: conduzione gruppi con i genitori dei minorenni che partecipano al percorso (attività che viene proposta a tutti i genitori ma che è facoltativa).</li> </ul>
Meccanismi di collaborazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontri semestrali con l'Ufficio NOT della Prefettura per condividere l'andamento del percorso (gruppi attivati, persone coinvolte, problematiche emergenti...) e per comunicazioni relative agli eventuali rinnovi della legislazione.</li> <li>• Trasmissione annuale dei dati dal SerT all'Ufficio NOT per un monitoraggio del progetto</li> </ul>

### d) Setting

Sede/i di erogazione delle prestazioni	Sede diversa dall'ambulatorio SerT, per rendere poco connotante il setting in cui si svolge l'attività.
--	---

### e) Tempistica

Durata interventi	6 settimane (1 colloquio preliminare ragazzo e genitori a cui seguono 4
-------------------	---

(range e variabili)	incontri di gruppo a cadenza settimanale).
---------------------	--

## f) Descrizione

Valutazione/diagnosi (e relativi strumenti)	<p><u>1° incontro</u>: questionario per la valutazione delle conoscenze possedute in materia di derivati dalla cannabis, di legislazione in materia e per valutare la consapevolezza dei rischi riguardo l'uso e l'abuso di essi (pre-test).</p> <p><u>2° e 3° incontro</u>: auto-somministrazione del test IDTS.</p> <p><u>4° incontro</u>: questionario di valutazione delle conoscenze acquisite (post-test).</p>
Tipologia Interventi (albero/sequenza)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PERCORSO:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accoglienza dei partecipanti attraverso un colloquio individuale con il ragazzo e almeno un genitore, compilazione della scheda di accoglienza, sottoscrizione del consenso informato da parte del ragazzo e dei genitori.</li> <li>2. Avvio del corso, strutturato in 4 incontri di gruppo, in orario pre-serale della durata di 2 ore ciascuno a cadenza settimanale.</li> <li>3. Gli argomenti alla base degli incontri riguardano tre aree tematiche:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Area informativa</i>: elementi storici e antropologici del consumo di cannabis; aspetti sanitari; informazioni sulle norme di settore.</li> <li>b) <i>Area contemplativa</i>: riflessioni sul proprio uso di cannabis e sui vantaggi e svantaggi dell'uso; autovalutazione della propria situazione.</li> <li>c) <i>Area motivazionale</i>: i processi di cambiamento; il mantenimento del cambiamento; le prospettive future (bilanciamento su aspetti positivi e negativi delle scelte relative al consumo).</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>• <b>SPAZIO GENITORI</b>: da 3 anni circa è stato istituito, prima sperimentalmente e poi di prassi, un momento di incontro informativo e di confronto sul consumo di cannabis e sulle relazioni tra genitori e figli. L'uso di cannabis viene spesso rappresentato dai genitori come propedeutico all'utilizzo di altre sostanze, e ciò costituisce la loro maggiore preoccupazione. Lo spazio è condotto da un medico ed, ultimamente, da uno psicologo. La partecipazione dei genitori all'incontro, pur essendo facoltativa, è regolare e vissuta con un discreto interesse da parte degli stessi.</li> </ul>

### g) Valutazione

Indicatori di processo	Numero incontri frequentati (% presenze).
Indicatori di efficacia	Variatione del grado di conoscenza e consapevolezza dal pre-test al post-test relativamente a: <ul style="list-style-type: none"><li>• derivati dalla cannabis,</li><li>• legislazione in materia,</li><li>• rischi connessi all'uso e all'abuso di cannabis.</li></ul>
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"><li>• Questionario di valutazione delle conoscenze (pre/post)</li><li>• Inventory of Drug Taking Situation (IDTS)</li></ul>

### 3.4 ATTIVITÀ E FUNZIONI DEL CONSIGLIERE PER L'ECONOMIA SOCIALE E FAMILIARE

Questo protocollo nasce dall'interesse suscitato dalla figura professionale del Consigliere in Economia Sociale e Familiare presente nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari francesi. Attraverso il confronto fra gli operatori durante i due seminari previsti dal progetto, si è pensato di dedicare un approfondimento delle funzioni e attività di questa figura professionale, che in questo particolare protocollo è presentata negli specifici interventi all'interno del servizio francese dello CSAPA Nord. La formazione professionale del Consigliere in Economia Sociale e Familiare, sancita da una legge ministeriale del 2009, prevede circa 1100 ore di formazione teorica e pratica su due anni e contempla lo studio e la pratica di moduli socio-sanitari orientati alla conoscenza del contesto sociale e legislativo, all'igiene di vita come prevenzione dei possibili danni per la salute e delle pratiche educative per il reinserimento nel tessuto sociale comunitario. Gli ambiti d'intervento del Consigliere in Economia Sociale e Familiare sono: la gestione di un budget familiare, l'allestimento del luogo di abitazione in maniera funzionale, la gestione della spesa alimentare, la valorizzazione o il recupero delle abilità professionali e l'educazione alle relazioni sociali nell'ambito della vita quotidiana. Il professionista impara a seguire dunque la futura utenza nelle sue relazioni con enti esterni (banche, uffici pubblici, enti di formazione, fornitori di servizi) lavorando in equipe con tutte le altre figure professionali coinvolte nella presa in carico socio-sanitaria dell'utente (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, nutrizionisti, educatori). La sua funzione è prevista dalla legge in tutte le strutture socio-sanitarie pubbliche e private (ospedali, CSAPA, strutture dipartimentali). Nel caso specifico dello CSAPA presente a Briançon, vengono descritte le attività in collaborazione con l'assistente sociale, soprattutto per quanto riguarda le problematiche dell'indebitamento e della gestione e controllo del bilancio delle spese correnti dei pazienti seguiti dal servizio.

#### a) Destinatari

Caratteristiche target	Gruppi con fragilità sociali.
Criteri selezione target	Indebitamento da lieve a grave.
Strumenti screening/diagnosi	Creazione di griglie per la valutazione/autovalutazione delle spese correnti del paziente.

#### b) Obiettivi

Obiettivo 1	Percorso di autonomizzazione del paziente per la gestione della vita quotidiana.
-------------	--

Obiettivo 2	Riduzione del debito nei confronti di terzi o di enti.
Obiettivo 3	Accesso a misure statali e dipartimentali per supporto del debito (nei casi in cui ce ne sia il diritto o si decida di scegliere di aderire a questi programmi con impegno a sottoscrivere delle regole per l'accompagnamento economico).

### c) Rete

Possibili Servizi da coinvolgere	Istituzioni territoriali dipartimentali, assicurazioni, banche (per quanto riguarda il debito e le misure statali previste per il sostegno di questi pazienti).
Professionalità coinvolte e funzioni	Assistenti sociali, ergoterapeuti, operatori socio-sanitari, dietiste, amministrativi con funzione di gestione dei dati e organizzazione degli appuntamenti.
Meccanismi di collaborazione	Condivisione dei dossier dei pazienti, riunioni regolari d'équipe.

### d) Setting

Sede/i di erogazione delle prestazioni	In loco, a domicilio (a seconda delle condizioni fisiche e mentali) o presso altre strutture sul territorio.
--	--

### e) Tempistica

Durata interventi (range e variabili)	Nella fase iniziale 1 incontro a settimana per poi diradarsi a 1 incontro al mese per favorire il processo di autonomizzazione del paziente.
---------------------------------------	--

### f) Descrizione

Valutazione/diagnosi (e relativi strumenti)	Quantità, tipologia e grado di indebitamento (attraverso esame dei conti dell'assistito), entrate/uscite dell'assistito.
---	--

<p>Tipologia Interventi (albero/sequenza)</p>	<p>Valutazione dell'indebitamento iniziale, creazione di una griglia personalizzata per quantificare le risorse economiche, educazione alimentare e alla spesa alimentare (in collaborazione con una dietista), in alcuni casi gestione degli spazi interni alla casa (in collaborazione con un ergoterapeuta), gestione dell'indebitamento con banche e fornitori di servizio (in collaborazione con assistenti sociali per quanto riguarda alcune specifiche su diritti e trafile burocratiche).</p>
---	--

**g) Valutazione**

<p>Indicatori di processo</p>	<p>Frequenza di ricorso al supporto educativo/assistenziale.</p>
<p>Indicatori di efficacia</p>	<p>Il diradamento del numero di incontri/bisogno durante il periodo di presa in carico (6 mesi-1 anno), ovvero il processo di autonomizzazione del paziente.</p>
<p>Strumenti</p>	<p>Programma informatico per la gestione dei dati, per l'elaborazione statistica e per la gestione degli appuntamenti (in collaborazione con il servizio di segreteria organizzativa).</p>

### 3.5 MODELLO DI ACCESSO NON CONNOTATO AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Questo modello di accesso ai servizi per le dipendenze è tratto dall'organizzazione della struttura logistica e concettuale dello CSAPA di Briançon. L'edificio, situato nel centro città, presenta dei locali condivisi con l'associazione MJC-Pôle Jeunesse che si occupa di orientare, informare e supportare i giovani presenti sul territorio. La specificità di questa struttura, dunque, consiste nella sua non connotazione come puro consultorio per le problematiche legate alle dipendenze, ma come polo locale che fornisce informazioni e supporto di varia natura. Questa modalità di presentazione di servizio generico facilita l'accesso non stigmatizzante di tutte quelle persone che cercano un supporto al loro disagio personale o familiare. L'allestimento interno dello spazio dedicato alla prima accoglienza di conseguenza risulta informale con un arredamento composto da poltrone, divani, tavoli e uno spazio ludico dedicato agli utenti più giovani; l'area dedicata agli uffici degli operatori del servizio e alle sale riunioni utilizzate anche per l'organizzazione delle sessioni terapeutiche (atelier, gruppi di parola) è ugualmente condivisa e permette agli operatori frequenti incontri, che agevolano le relazioni professionali e lo scambio sui diversi progetti sociali, sanitari ed educativi che possono avere dei punti in comune. Inoltre il servizio diventa più flessibile grazie alla possibilità di accogliere senza pregiudizio e orientare l'assistito verso il professionista più adatto alla problematica riscontrata in occasione del primo contatto in tempi molto brevi. Attraverso un accesso non connotato, dunque, questo servizio così concepito riveste il ruolo di "ponte" fra il paziente e altre strutture presenti sul territorio con funzioni più specifiche alle quali il paziente non si accosterebbe con tale facilità. Un fattore di non secondaria importanza è rappresentato dalle attività legate alla prevenzione e all'intercettazione di quelle persone, soprattutto adolescenti e giovani, che potrebbero avere delle problematiche legate ad una dipendenza da sostanza o di tipo comportamentale, attraverso dei programmi di informazione/formazione presso scuole, strutture pubbliche ed eventi a carattere ricreativo presenti in città o nelle aree circostanti.

#### a) Destinatari

Caratteristiche target	Tutti i pazienti e loro familiari che desiderano approcciare le problematiche legate alle dipendenze sia da sostanze psicoattive (alcol, tabacco, tossicomanie, farmaci) che da comportamenti psicoattivi (gioco d'azzardo patologico, disturbi dell'alimentazione, acquisti compulsivi, ecc.).
Provenienza/Invio	Medici di base, assistenti sociali, centri educativi locali, personale infermieristico delle scuole.
Criteri selezione target	Nessun criterio di selezione, accesso universale.
Strumenti	Test delle urine, test a rapida orientazione diagnostica, accompagnamento

screening/diagnosi	allo screening per l'epatite e l'HIV.
--------------------	---------------------------------------

## b) Obiettivi

Obiettivo 1	Accoglienza dei pazienti e dei loro parenti per una maggiore conoscenza delle problematiche legate alle dipendenze di tutti i tipi.
Obiettivo 2	Diagnosi e trattamento individuale per quanto riguarda l'assunzione di sostanze lecite o illecite con attenzione all'informazione sui possibili danni fisici, psicologici, sociali e professionali derivati dal consumo/comportamento.
Obiettivo 3	Informazione e aiuto ai minori e ai giovani che presentano dei dubbi relativamente al loro uso di sostanze o comportamenti a rischio.
Obiettivo 4	Proposte di azioni di prevenzione e riduzione del rischio inerente a tutti i tipi di dipendenza.

## c) Rete

Possibili Servizi da coinvolgere	SSR nella parte di presa in carico di pazienti con dipendenze (Bois de l'Ours), farmacie, ELSA dell'Ospedale di Briançon, punto d'accoglienza e di ascolto per giovani e il satellite locale della casa per adolescenti, servizio minorile giudiziario per il reinserimento e per la concessione della libertà vigilata delle Alte Alpi.
Professionalità coinvolte e funzioni	Dal 1 gennaio 2017 l'organico effettivo dello CSAPA come FTE comprende: 3 medici addittologi a tempo parziale, 1 direttrice delle professioni sanitarie, 1 coordinatore infermieristico, 1 segretaria, 1 infermiera, 2 psicologi a tempo parziale, 1 assistente sociale e 1 CESF
Meccanismi di collaborazione	La presa in carico pluridisciplinare attuata nello CSAPA comporta non solo una visione globale delle problematiche del paziente, ma implica una collaborazione del paziente stesso con il personale curante. Un contratto di accompagnamento viene stipulato fra lo CSAPA e il paziente (o il tutore legale del paziente), e deve essere firmato dalle parti. Il contratto viene poi consegnato all'assistito sotto forma di "Documento Individuale d'Accompagnamento". Questo contratto sancisce l'impegno consensuale e

	reciproco da parte del personale dello CSAPA e del paziente di intraprendere un percorso di cura.
--	---

#### d) Setting

Sede/i di erogazione delle prestazioni	Il primo luogo di accoglienza è nei locali dello CSAPA all'interno dello spazio Epicea anche senza appuntamento, oppure durante gli orari di apertura della segreteria per i contatti telefonici. Il primo incontro è connotato: dalla definizione della richiesta d'aiuto, la proposta di formalizzare un appuntamento e l'orientamento dei casi verso i servizi più appropriati. Sono poi proposti al paziente due incontri prima di cominciare un percorso terapeutico pluridisciplinare.
--	--

#### e) Tempistica

Durata interventi (range e variabili)	Non applicabile
---------------------------------------	-----------------

#### f) Descrizione

Valutazione/diagnosi (e relativi strumenti)	Per la valutazione delle cartelle dei pazienti viene utilizzato un programma informatico (Progidis), dove vengono annotati tutti gli appuntamenti individuali o di gruppo, le attività terapeutiche seguite per favorire una presa in carico globale del paziente e una continuità terapeutica. L'èquipe è coinvolta con cadenze fisse nelle riunioni di sintesi sulle strategie adottate e i risultati ottenuti. L'obiettivo è la valutazione e il riesame del percorso terapeutico nella sua globalità e la <i>compliance</i> del paziente al progetto terapeutico.
Tipologia Interventi (albero/sequenza)	Sono presi in considerazione tutti gli aspetti relativi al paziente: interventi relativi alla salute fisica (medici e infermieri), all'aspetto psicologico (psicologi), all'aspetto educativo (educatori specializzati in diversi ambiti educativi) e alle problematiche sociali (assistenti sociali e consiglieri in economia sociale e familiare).

#### g) Valutazione

Indicatori di	Non applicabile
---------------	-----------------

processo	
Indicatori di efficacia	Non applicabile
Strumenti	Non applicabile

### 3.6 PROGRAMMA RESIDENZIALE INTENSIVO PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Gli SSR sono strutture di ricovero esistenti in Francia che hanno la funzione di prosecuzione delle cure per i pazienti in post acuzie, di garantire la continuità della presa in carico dopo un ricovero ospedaliero e di facilitare il reinserimento sociale e /o il rientro al proprio domicilio; per i pazienti affetti da patologie croniche o ricorrenti queste strutture offrono un contesto che permette il recupero di condizioni stazionarie, la reimpostazione di una terapia adeguata, l'educazione terapeutica e l'igiene di vita.

Nell'ambito specifico delle dipendenze, gli SSR hanno il ruolo di garantire una presa in carico in cui venga consolidata l'astinenza, aggiustata la terapia in base all'evoluzione clinica del paziente e offerta la possibilità di contestualizzazione della propria condizione rispetto alla situazione familiare e sociale. I ricoveri in SSR sono organizzati solo dopo che il paziente sia stato disintossicato e in astinenza già da qualche settimana; questi ricoveri, quindi, hanno come funzione nel percorso terapeutico del paziente, superata la fase acuta in cui necessita primariamente di un intervento di disintossicazione, quella di prevenire la ricaduta e consolidare le terapie messe in atto, grazie anche a un lavoro di tipo psicologico e motivazionale, sia personale, sia di gruppo (attraverso atelier artistici, di scrittura e gruppi di parola con dei pari). Il percorso proposto al paziente non si basa più tanto su procedure/processi sequenziali, ma tende a modulare gli interventi sulla base della fase in cui si trova il paziente coinvolgendolo nel programma riabilitativo e stimolandolo a superare le sue problematiche in un percorso di autonomizzazione di vita.

Nel confronto con l'Italia è emerso che molte delle funzioni degli SSR Addictologie francesi sono assolte dalle Comunità terapeutiche e dalle Case di cura specifiche per le dipendenze.

La peculiarità di questa presa in carico in SSR da valorizzare sarebbe quella di estendere questo modello anche alla presa in carico di altre dipendenze da sostanze/comportamenti sia sotto il profilo medico-sanitario di tipo più ospedaliero, che di quello riabilitativo sociale basato su programmi individualizzati e di gruppo della durata di circa 4 settimane.

#### a) Destinatari

Caratteristiche target	Consumatori di alcolici, di cannabis, di oppiacei.
Criteri selezione target	Analisi di dossier con discussione con il medico e il coordinatore infermieristico. Il percorso di cura in SSR è sempre di seconda linea, dopo un primo percorso effettuato presso un ospedale o uno CSAPA attrezzato. Dopo un primo ciclo in SSR i pazienti possono essere reindirizzati per un secondo ciclo anche per l'accompagnamento sociale.
Strumenti screening/diagnosi	Non vengono utilizzati strumenti né di screening né di diagnosi, in quanto sono a carico dei dispositivi sanitari di primo livello.

## b) Obiettivi

Obiettivo 1	Consolidamento della disintossicazione e astinenza con ricreazione psicofisica e accompagnamento psicologico.
Obiettivo 2	Delineare la presa in carico sociale del paziente in modo da garantire il suo reinserimento nel suo contesto di vita (familiare, sociale e professionale).

## c) Rete

Possibili servizi da coinvolgere	Ospedali per ricovero in disintossicazione semplice, strutture di medicina polivalente e di psichiatria, Centri territoriali per concertazione a livello dipartimentale dei servizi per le dipendenze.
Professionalità coinvolte e funzioni	1 Medico a tempo pieno, 2 infermieri a tempo pieno, 1 psicologo a tempo parziale, 1 assistente sociale, 1 rieducatore fisico a tempo parziale, 1 arte terapeuta a tempo parziale.
Meccanismi di collaborazione	I medici delle dipendenze forniscono consulenze presso gli altri servizi, in particolare presso la psichiatria.

## d) Setting

Sede/i di erogazione delle prestazioni	Strutture residenziali.
--	-------------------------

## e) Tempistica

Durata interventi (range e variabili)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disintossicazione semplice: durata 1 settimana.</li><li>• Disintossicazione complessa: durata 3 settimane (in base alla difficoltà del caso dovuta o a una dipendenza di difficile risoluzione o a dipendenza da più sostanze o ancora con concomitanti disturbi somatici).</li></ul>
---------------------------------------	---

**f) Descrizione**

Valutazione/diagnosi (e relativi strumenti)	In passato sono stati usati dei questionari soprattutto per la dipendenza da alcol. Tuttavia la valutazione dell'evoluzione del paziente durante il soggiorno in SSR viene effettuato attraverso i gruppi di parola e domande mirate in colloqui individuali.
Tipologia Interventi (albero/sequenza)	L'utilizzo di procedure/tabelle di flusso da parte del personale è attualmente in diminuzione. L'approccio viene effettuato attraverso dialoghi, scritture di testi e opere creative (disegno, pittura...). Il paziente sceglie l'offerta terapeutica in accordo con il personale sanitario.

**g) Valutazione**

Indicatori di processo	Non noti.
Indicatori di efficacia	Indice di gradimento degli utenti.
Strumenti	Questionari di gradimento, mancano strumenti sul ritorno della terapia in SSR a medio termine (mancanza di feedback da parte dei curanti/strutture da cui sono stati inviati i pazienti).