

**Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche,
Salute nelle Carceri***Il Dirigente Responsabile del Servizio***Angelo Fioritti**

	TIPO	ANNO	NUMERO
Reg.	PG	2006	1058523
del	30 novembre 2006		

Circolare n. 12**Oggetto: Linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope (deliberazione della Giunta regionale n. 1533 del 6 novembre 2006): indicazioni operative.**

La Giunta regionale ha recentemente approvato una deliberazione dal titolo "Prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope" (D.G. 1533/2006) Le indicazioni contenute si inseriscono nel percorso che condurrà alla approvazione del Piano sociale e sanitario della Regione.

Il documento che segue, sulla base del quale è stata elaborata la citata deliberazione n.1533/2006, nasce dalla necessità di impostare una riflessione sui nuovi stili di consumo di sostanze, in particolare nelle giovani generazioni. Sulla base di una lettura delle modificazioni del fenomeno, vengono fornite indicazioni operative ai territori per la definizione di progettualità in tema di prevenzione, accesso ai servizi, costruzione della rete, messa a punto di percorsi di cura.

Alla stesura del testo hanno contribuito tre gruppi di lavoro composti da professionisti delle Aziende sanitarie, del privato sociale, degli Enti locali. L'elenco dei professionisti è a fine documento.

INDICE

1.	IL FENOMENO,,,,,,,,,,,,,	3
2.	I CONSUMI E I COSTUMI.....	4
3.	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE.....	6
4.	IL SISTEMA A RETE E L'ACCESSO.....	8
	<i>Le funzioni di prossimità</i>	9
	Luoghi di vita	10
	Approccio comunitario	10
	Centralità della relazione	11
	Trasversalità e continuità.....	11
	Assetto istituzionale	12
	Equipe di lavoro	12
	Connessioni tra partners.....	12
	I percorsi di accoglienza.....	14
5.	IL SISTEMA DELLA CURA.....	16
	Il collegamento tra servizi di emergenza-urgenza e servizi di cura delle dipendenze	18
	Il collegamento tra Pronto Soccorso, Servizi Psichiatrici e servizi di cura delle dipendenze.....	19
	Il collegamento tra servizi per le dipendenze patologiche, psichiatriche e altre agenzie socio-sanitarie, (dai servizi di prossimità al counselling)	20
	Allegati di approfondimento relativi agli interventi dei Servizi di Emergenza Urgenza.....	21
	Composizione dei gruppi di lavoro.....	46

1. Il fenomeno

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine “comportamento a rischio”, in particolare da parte di consumatori e professionisti.

I consumi di eroina sono complessivamente stabili (con un lieve aumento) e diminuiscono percentualmente, in Europa aumenta il consumo di cocaina. Secondo stime prudenziali europee, il consumo recente (nell'ultimo anno) di cocaina riguarderebbe l'1% della popolazione 15-64 anni (pari a circa 3,5 milioni di persone) ed il consumo corrente riguarderebbe circa 1,5 milioni di persone (Dati OEDT 2005).

Secondo tali stime l'Italia si colloca al terzo posto in Europa per i consumi di cocaina. La classe di età che consuma maggiormente è quella tra 15 e 24 anni. (ESPAD Italia 2004 – IPSAD Italia 2003). In realtà la variabile più significativa è rappresentata da policonsumatori che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme a cannabis ed alcol.

Alcune ricerche effettuate tra studenti e giovani lavoratori in Emilia-Romagna confermano questa tendenza: nelle scuole superiori si rileva un policonsumo come sopra definito attorno al 6% della popolazione, mentre nei gruppi informali la percentuale sale al 16% e nei luoghi del divertimento al 19%. Chi consuma sostanze mette spesso in atto comportamenti a rischio come la guida sotto l'effetto di sostanze e alcol.

Per quanto attiene alla domanda di trattamento, in Regione si segnala un aumento consistente dell'accesso ai Sert da parte di consumatori di cocaina come sostanza primaria con una percentuale sul totale degli accessi pari a quasi il 16% nel 2005. Quando si considerino poi i dati provenienti dalle équipes dei Sert in carcere, si evidenziano percentuali di cocainomani tra il 30 e il 40% delle persone prese in carico per problemi di dipendenza.

Un punto di osservazione di prossimità con il consumo è costituito dai servizi di strada che danno la seguente descrizione del fenomeno:

- abbassamento della età media di approccio alle sostanze e del consumo abituale (16-17 anni, 13-14 anni per l'alcol)
- da un uso di tipo trasgressivo ad “habitus” sociale trasversale alle fasce sociali ed alle età (la c.d “normalizzazione” del consumo)
- tra i gruppi informali e tra i frequentatori dei luoghi del divertimento è prevalente l'uso “ricreazionale” (sia rispetto ai luoghi di assunzione - locali, feste ecc – che alla funzione di aumentare il divertimento) e “prestazionale” (lavoro, studio, relazioni sociali, sesso ecc)
- il paradigma interpretativo del consumo legato al disagio non è più valido se non in misura marginale
- scarsa conoscenza e consapevolezza sui rischi del policonsumo, del consumo continuativo e frequente. Diminuisce la percezione del rischio per la salute legato all'uso di alcolici. L'assunzione di droghe rappresenta una forma abituale di divertimento, condiviso con altri.

I dati evidenziati vanno messi in relazione con quelli demografici: in Emilia-Romagna si stima per il 2010 un aumento delle fasce di popolazione giovanile 11-29 anni dagli attuali 766.060 (dati al 1.1.2005) a 964.319 (+ 20,6%). Queste cifre sono comprensive dei giovani stranieri che presentano particolari problemi di integrazione e socializzazione.

Rispetto a questa nuova situazione non abbiamo elementi certi per valutare l'impatto futuro sul sistema sociosanitario. E' evidente fin d'ora, comunque, che una diffusione così ampia del consumo di sostanze nelle giovani generazioni di oggi avrà importanti ripercussioni culturali, legali, sociali e sanitarie sugli adulti di domani.

E' opportuno comunque prendere atto che la pretesa di costruire una società senza sostanze (legali ed illegali) in grado di alterare gli stati di coscienza, è irrealistica. Qualunque approccio integrativo e innovativo si intenda proporre, esso non può prescindere da questa constatazione, dall'accettazione della "convivenza" con il consumo e dalla presa d'atto che è necessario offrire una sponda di informazione, comunicazione e aiuto a consumatori e non, a dipendenti e non, con la finalità di tutelare la salute di tutti. Occorre pertanto costruire un sistema di servizi a rete che vada oltre il sistema di cura, identifichi i vari attori locali e stabilisca le loro interrelazioni.

2. I consumi e i costumi

La scena del consumo è diversa da quella della tossicodipendenza:

l'attenzione va rivolta a gruppi di popolazione, persone, comportamenti e conseguenze dei comportamenti più che ai tipi di sostanze. Conoscere le sostanze serve ad aiutare le persone.

Il consumo di sostanze non è percepito come antisociale, ma addirittura come socializzante e anche come marker di successo. Viviamo in un contesto mediatico in cui la performance, il superamento dei limiti e la cultura del rischio, sono la norma. Il consumismo è diventato strutturante della nostra esistenza, sia perché siamo tutti definiti come consumatori, sia perché è diventato parte centrale della nostra strutturazione identitaria.

L'uso di sostanze illegali, facilmente reperibili ed accessibili, è sempre più percepito come consumo "normale" e le sostanze illegali sono considerate beni di consumo al pari degli altri: modi per strutturare e sopravvivere al nostro "esserci". Ciò porta, soprattutto le giovani generazioni, a non percepire i comportamenti illegali e i rischi connessi all'uso di sostanze come tali.

Questo pone alcuni problemi di analisi delle conseguenti modificazioni culturali che dovranno essere approfondite.

Come detto sopra, siamo di fronte ad una scena profondamente modificata negli stili di consumo (dall'uso principale di eroina, al policonsumo a dominio di cocain/e) che propone nuovi problemi, tra cui rileviamo :

- aumento delle problematiche in emergenza-urgenza
- patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, anche in consumatori occasionali e per fenomeni non dose dipendenti
- complicità patologiche legate alle sostanze e conseguenze delle alterazioni del sensorio quali incidenti stradali, aggressioni ecc.
- problemi psichiatrici indotti dalle sostanze, in particolare psicosi, disturbi d'ansia, deterioramenti cognitivi. Si tratta di disturbi (a volte a breve, medio e lungo termine) di difficile trattamento
- maggiore inclinazione a delinquere e propensione all' aggressività
- ritorno della diffusione dell'HIV e delle Malattie a trasmissione sessuale (MTS) per comportamenti a rischio durante la intossicazione.

Tali problemi possono essere accentuati dalla modalità di assunzione (la via endovenosa o il fumo di cocaina free-base (crack) sono più pericolosi per gli effetti fisici e per la possibilità di indurre dipendenza).

I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze hanno contribuito alla crescita della percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali ed alla richiesta, sempre più pressante, di "controllo del territorio" e di ripristino della legalità, delle regole di convivenza o, più semplicemente, della buona educazione nell'uso degli spazi urbani.

Se i comportamenti a rischio connessi al consumo generano senso di insicurezza ed allarme sociale, gli Enti locali devono sviluppare interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica ed assumersi la funzione di regia degli interventi orientati alla sicurezza, tenendo conto che occorre un impegno forte per affermare la cultura del rispetto delle norme e delle regole.

L' "educazione" continua alla legalità deve essere accompagnata dalla testimonianza di coerenza e affidabilità delle famiglie e degli adulti significativi (insegnanti, allenatori, ecc.) nei confronti dei giovani.

Le politiche di coesione sociale, insieme alle esperienze positive di collaborazione tra diversi soggetti istituzionali e non, possono rappresentare un fattore di protezione molto importante da presidiare.

Gli Enti Locali devono promuovere e sviluppare, anche attraverso la costituzione di tavoli di politiche integrate, l'integrazione e la coerenza delle politiche socio-sanitarie, urbanistiche, formative, culturali e ricreative, commerciali, ecc., in particolare rivolte ai giovani.

Il sistema dei servizi assume come proprio fondamento etico l'insieme dei valori di solidarietà, di equità e di universalismo propri del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema integrato degli interventi e servizi sociali (Welfare), nella consapevolezza che tali riferimenti vadano estesi, per la specificità dei compiti della rete, alla riduzione delle disuguaglianze ed al superamento delle condizioni stigmatizzanti che possono limitare la pratica applicazione degli stessi principi, svaloriare le persone coinvolte nel processo di cura (utenti e operatori) e contribuire alla cronicizzazione.

Il sistema dei servizi assume come principi generali di garantire l'insieme dei diritti e delle opportunità volte al benessere dei singoli e delle comunità, facilitare l'accesso ai servizi ed il supporto a chi è in difficoltà e sostenere i progetti di vita delle persone e delle famiglie, promuovendo l'*empowerment* individuale e di gruppo ed il pieno diritto di cittadinanza, attraverso il reinserimento sociale dei soggetti con problematiche connesse all'uso di sostanze.

Per favorire l'incontro e la presa in carico stabile degli utenti, è essenziale che l'intera rete dei servizi (e quindi tutti i singoli professionisti) assumano una posizione non giudicante. La posizione non giudicante appartiene al sistema dei valori di riferimento in quanto intimamente connessa con il rispetto delle persone indipendentemente dalle loro caratteristiche di stato sociale, genere, età, religione, etnia, orientamento sessuale, nonché dalle particolari condizioni di stato e di comportamento.

Le finalità attese orientano e danno senso all'agire quotidiano degli operatori dei servizi, rappresentano la visione a cui riferirsi per segnare il cammino delle proprie ed altrui attività.

L'efficacia, la coerenza e gli esiti degli interventi devono essere valutati con un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno) e relativo al funzionamento del sistema a rete.

A partire dalle esperienze già realizzate, la valutazione deve pertanto accompagnare costantemente i processi di lavoro dei servizi e la formazione degli operatori.

La valutazione può supportare la programmazione delle politiche consentendo di identificare le modificazioni dei bisogni e di individuare le buone prassi di intervento.

3. Comunicazione e informazione

La scarsa percezione della pericolosità e dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze da parte dei consumatori rende necessario un nuovo impegno in campagne preventive capillari, ma differenziate e mirate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette. Molta cura deve essere posta all'appropriatezza del linguaggio ed al messaggio a seconda dei target (ad es: la strada, la discoteca, i pub, la scuola, i luoghi di lavoro, i gruppi informali, i raduni musicali, gli adulti di riferimento ecc).

La campagna di comunicazione si deve inserire in un percorso più ampio. Sappiamo da tempo che l'informazione e le campagne informative non supportate da un legame relazionale, che metta in gioco una condivisione di universi cognitivi ed emotivi, non producono sapere: anzi trasformano i messaggi e le informazioni da essi veicolate in un indistinto rumore di fondo o in informazione non elaborata in termini esperienziali.

Sappiamo anche che, nella nostra società, il consumo rappresenta l'elemento centrale nella costruzione delle pratiche quotidiane.

Gli elementi di conoscenza rispetto al consumo di sostanze psicotrope ci dicono che vi sono molti consumatori, ma pochi soggetti dipendenti, tuttavia vi sono sempre più segnali che indicano una forte contiguità fra il consumo ed il consumo problematico, anche in situazioni episodiche che non si legano alla parabola classica della dipendenza.

In tal senso si individuano due livelli di azione della campagna informativa:

- ❑ una comunicazione generalizzata (o a banda larga);
- ❑ una comunicazione specifica o a banda stretta (collegata a filo stretto con i servizi di prossimità), specifica per i diversi gruppi di popolazione, rinforzando la tesi per cui la scena del consumo è diversa da quella della dipendenza.

La campagna generale avrà come scopo quello di promuovere un logo e dei contenuti semplici, con messaggi e spot sui mezzi di comunicazione di massa, basati sui presupposti del realismo e della responsabilità per contrastare una modalità colpevolizzante e punitiva, che caratterizza la gran parte delle campagne nazionali fin qui promosse. Dal punto di vista pedagogico sia la colpevolizzazione, sia un atteggiamento punitivo non promuovono la responsabilità individuale e tendono ad escludere i soggetti che nella rappresentazione collettiva sono portatori di comportamenti ritenuti devianti, rendendo più complesso il relazionarsi a loro.

Una modalità comunicativa finalizzata all'induzione di paure su determinati comportamenti non fa altro che produrre meccanismi di difesa legati a rimozione e impedisce processi di interiorizzazione e pensiero sulle azioni messe in atto e sul senso di queste.

Date queste premesse i principi saranno pertanto quelli di diffondere una critica dei consumi ed un pensiero critico sugli stessi e sui comportamenti collegati ad essi.

Queste due finalità saranno perseguite promuovendo:

- aumento di conoscenza corretta e scientifica sulle sostanze psicoattive legali ed illegali;
- consapevolezza maggiore sui rischi connessi al consumo;
- sviluppo di fattori protettivi per limitare i rischi di chi consuma sostanze;
- diversa rappresentazione dei servizi specificatamente rivolti alle dipendenze, affinché siano percepiti come risorse e non come veicolo di potenziale stigmatizzazione.

La comunicazione specifica si muoverà anch' essa seguendo i principi del realismo e della responsabilità, ma declinati attraverso la valorizzazione di

- ❑ un'adeguato insieme di abilità cognitive e sociali che mettano in grado di accedere, capire e usare le informazioni utili per il proprio benessere personale e sociale;
- ❑ un'adeguata capacità di influenza e controllo (*empowerment*) rispetto alle risorse ed all'ambiente;

- un set adeguato di attitudini, capacità di scelta, apprendimenti ad apprendere che permettano di sviluppare comportamenti positivi ed efficaci rispetto alle domande e alle sfide della vita quotidiana.

Le informazioni dovranno essere rigorose, esplicite, chiare e misurate in base al contesto ed al target. Queste indicazioni sono ancor più necessarie quando l'informazione è rivolta ad un target ad alto rischio.

Un aspetto innovativo e fondante la campagna informativa è che, per entrambi i livelli di intervento, va prevista una durata triennale. Questa garanzia di continuità consentirà di operare su una dimensione temporale significativa e verificare sul campo gli effetti delle attività messe in atto. Esiste, a tal proposito, una difficoltà, già evidenziata in premessa, che sempre accompagna il monitoraggio della reale ricaduta delle campagne informative e di comunicazione: riteniamo che tale problema sia superabile considerando parte essenziale del progetto il percorso di valutazione che dovrà connettersi ad entrambi i livelli di azione.

La campagna specifica sarà veicolata dai servizi territoriali esistenti ed in particolare dai servizi di prossimità valorizzando i saperi, le competenze e la provata capacità degli operatori in essi presenti, di costruire relazioni accattivanti e significative con le nuove generazioni.

I destinatari andranno coinvolti come soggetti detentori di saperi e competenze al pari della comunità di appartenenza e dovranno essere valorizzate le iniziative di promozione rivolte ai pari.

I contesti in cui è prioritario prevedere interventi di informazione e comunicazione sono:

- scuola (in particolare gli Istituti e Corsi Professionali dove si riscontrano maggiori fattori di rischio;
- notte e luoghi del "loisir";
- gruppi informali.

Anche il sito della Regione sarà predisposto per fornire informazioni scientificamente corrette ed aggiornate agli operatori, in particolare sulle sostanze meno conosciute e di più recente introduzione nel mercato (es: smart-drugs). Gli altri siti di informazione o di consulenza on-line attivati da AUSL, Enti Locali o soggetti del Terzo settore dovranno essere resi coerenti tra di loro e messi in rete.

Parte centrale nel percorso avrà il gruppo di progettazione, che contribuirà a declinare le indicazioni del presente documento in azioni concrete, partecipando alla definizione dei contenuti e all'organizzazione dei lavori. In merito ai contenuti del messaggio, la comunicazione, proprio per rompere con un contesto culturale caratterizzato da una proposizione mediatica banalizzata e ricca di luoghi comuni, dovrebbe essere ironica e giocata sulla messa in discussione degli stereotipi e sulla rappresentazione della realtà in tutta la sua complessità.

Il gruppo di progettazione dovrà anche lavorare su un logo, appetibile e facilmente identificabile, che accompagnerà l'intero percorso divenendo la marca delle diverse azioni sviluppate a diversi livelli e nei diversi contesti sopra delineati.

Si predisporranno inoltre contenitori comuni di coinvolgimento del target giovanile quali i concorsi (musica, pittura, video, ecc.).

Infine, rispetto all'eventuale coinvolgimento di testimoni, bisognerà tenere conto dell'effetto di identificazione positiva o negativa che essi producono. In tal senso si propone l'utilizzo o di testimoni numerosi e diversi o di testimoni virtuali.

4. Il sistema a rete e l'accesso

I nuovi fenomeni di consumo, che hanno profondamente modificato i profili epidemiologici e i fenomeni clinici connessi con l'uso e l'abuso di sostanze, pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati alle diverse modalità di assunzione di sostanze, a loro volta riferibili in larga misura a diversi stili di vita. Per il perseguimento di queste finalità è necessario pensare servizi ed un sistema dei servizi e, di conseguenza, prefigurare forme organizzative capaci di una forte connessione con la realtà sociale, capaci di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni (*learning organisation*).

Il sistema che meglio corrisponde a queste caratteristiche è sicuramente un sistema a rete, che responsabilizzi le AUSL attraverso i SERT nella funzione di referente del sistema di cura delle dipendenze e i Comuni, per quanto di loro competenza e valorizzi adeguatamente il Privato sociale nella sua funzione pubblica.

Secondo la definizione più accreditata e la più astratta, quindi applicabile a tutte le situazioni, la rete è "un insieme di punti congiunti da linee; i punti rappresentano persone e anche gruppi e le linee indicano quali persone (o gruppi) siano in relazione con ogni altra". (Y. A. Barnes – Social Network – Reading, Addison Wesley 1972)

In un sistema a rete l'accento è sui soggetti che la compongono piuttosto che sui singoli nodi, inoltre la struttura della rete non è gerarchica in quanto "nessun livello è più fondamentale dell'altro" (E. Morin – La conoscenza della conoscenza – 1986 Feltrinelli Milano) e ciascun soggetto è dotato dello stesso "potere" di interazione e capace di azione autonoma. Le differenze di ruolo, di potere, di competenze, sempre ovviamente presenti, non possono tuttavia determinare interamente l'azione.

Per la costruzione o l'implementazione di una rete fra soggetti istituzionali e non istituzionali e /o fra servizi appartenenti ad una stessa istituzione o ad istituzioni ed attori sociali diversi, è necessario che l'attenzione sia posta ai legami funzionali al fine di indirizzare le competenze dei servizi e degli operatori verso obiettivi conoscitivi ed operativi comuni e di attivare forme diversificate di interazione fra i soggetti che ne fanno parte, coerenti con la natura dei bisogni intercettati.

Obiettivi essenziali del sistema a rete sono infatti:

- conoscere le dimensioni e le caratteristiche quali quantitative dei fenomeni di consumo e di abuso di sostanze, le prassi operative già consolidate da altre esperienze e sostenute da evidenze di efficacia in un processo di aggiornamento continuo,
- intercettare i bisogni, portando le forme dell'accesso in prossimità dei bisogni stessi,
- contenere svolgendo una corretta e tempestiva valutazione dei bisogni ed accogliendo i portatori dei bisogni connessi ai fenomeni di consumo e di abuso. Occorre inoltre ricordare che la corretta accoglienza empatica e supportiva condiziona l'evoluzione complessiva del rapporto tra il portatore di bisogni e il sistema dei servizi e favorisce l'attivazione di interventi utili.

Perché un sistema a rete funzioni, occorre tener presenti i due livelli, distinti ma tra loro interconnessi, che lo compongono: quello relativo ai rapporti istituzionali tra i vari soggetti (*Governance*) e quello tecnico-organizzativo che deve tradurre operativamente le indicazioni del livello istituzionale.

Le indicazioni assunte dagli organi istituzionali rischiano di rimanere puri enunciati se non vengono tradotte in operatività dal livello tecnico, così come le pur ricche esperienze presenti nel territorio rischiano di rimanere episodiche e sporadiche se non sostenute da un livello istituzionale forte.

La rete, come si è detto, si compone di un insieme di legami funzionali tra le figure formali ed informali che operano nel contesto sociale e contribuiscono ad individuare i bisogni ed offrire risposte integrate e collaborative ai bisogni intercettati, attivando forme diversificate di interazione tra i soggetti che ne fanno parte.

La rete risponde alle esigenze di un sistema complesso in cui i singoli punti quasi mai rispondono ad un ordinamento gerarchico, ma piuttosto a legami funzionali dinamici nel tempo.

Il sistema a rete è composto da soggetti (nodi), che ricoprono una posizione centrale nel sistema e a cui competono funzioni e compiti specifici in relazione al tema della prevenzione, cura e reinserimento (Enti Locali, AUSL ed il privato sociale del settore). Ad Enti Locali ed AUSL competono, a ciascuno secondo le specifiche competenze, la costruzione di una mappa dei soggetti presenti, il monitoraggio e la manutenzione delle relazioni tra i soggetti coinvolti.

I soggetti, istituzionali e non, più periferici, devono essere concepiti come appartenenti alla rete in quanto spesso sono a stretto contatto con la realtà come ad es. la scuola, le parrocchie, i centri di aggregazione giovanile, il volontariato e l'associazionismo ecc.

Occorre tener conto della peculiarità di ciascuna area territoriale, attraverso una riflessione sul sistema di rapporti all'interno delle organizzazioni e delle istituzioni, in particolare all'interno dell'Azienda USL, che consenta di superare schemi di lavoro e forme organizzative di tipo burocratico e settoriale.

La rete, pur recependo caratteristiche di spontaneità e informalità, deve essere progettata, edificata e mantenuta nei suoi aspetti strutturali attraverso lo sviluppo degli elementi che favoriscono la coesione, la coerenza, la flessibilità e l'efficacia.

Il soggetto istituzionale che si deve far carico dell'attivazione, promozione e valutazione della rete è il Comitato di Distretto.

La difficoltà di valutare i bisogni e di identificare le risposte appropriate può trovare infatti una risposta utile in bacini di utenza omogenei (solitamente identificabili nei territori distrettuali o in loro aggregazioni per raggiungere quote di popolazione di circa 150.000 abitanti) attraverso la creazione di punti di contatto tra i soggetti a diverso titolo coinvolti nelle strategie di contenimento e contrasto dei fenomeni di abuso di sostanze e delle loro conseguenze.

E' opportuno infine sottolineare che, di norma, i servizi pubblici (di AUSL ed Enti Locali) sono caratterizzati da elementi di forte rigidità, in cui i rapporti tra servizi e settori non sono sempre facili. Occorre promuovere una organizzazione del lavoro che privilegi i rapporti funzionali orientati ad affrontare bisogni e problemi in un'ottica processuale con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati indipendentemente dalle appartenenze di servizio e dai rapporti gerarchici e che attivi adeguate infrastrutture per le esigenze di comunicazione e di accesso alle fonti dei dati e delle ricerche. In tal senso è necessario definire con precisione l'èquipe o l'operatore di riferimento, sia nel caso di progetti rivolti a persone, famiglie o gruppi, sia di interventi rivolti a contesti più ampi in ambito comunitario (es. interventi in un quartiere, in una scuola ecc).

Le funzioni di prossimità

L'abbassamento dell'età dei consumatori, l'articolarsi delle dinamiche e delle modalità di consumo, la ramificazione e la capillarizzazione del mercato delle sostanze richiedono percorsi di contatto e presa in carico specifici, adeguati ad una realtà complessa, multiforme e non codificabile attraverso i modelli interpretativi dei servizi tradizionali.

In particolare è necessario sviluppare e dare stabilità alle funzioni di prossimità, come prima porta di accesso al sistema dei servizi.

Le funzioni di prossimità si caratterizzano per **essere nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario, mettere la relazione al centro del proprio intervento, essere trasversali.**

Tali funzioni, con le caratteristiche sotto delineate, sono essenziali nell'approccio con i target di adolescenti, giovani, giovani consumatori, fasce marginali. Nei diversi ambiti e servizi esistenti (Spazi Giovani dei Consultori, Centri di ascolto, Centri Giovanili, ecc) possono realizzarsi sia attraverso progetti specifici, sia con il coordinamento di professionalità e servizi diversi per mandato e provenienza. Possono altresì essere realizzate in servizi con una propria organizzazione e con èquipe dedicate e formate, come le Unità di Strada. E' necessario costruire modalità di integrazione e collaborazione, anche professionale e operativa, tra le Unità di Strada e gli altri servizi.

Luoghi di vita:

Le funzioni di prossimità sono azioni di contatto messe in atto da operatori debitamente formati, in luoghi naturali di vita delle persone (scuole, piazze, aree verdi, centri di aggregazione, locali notturni e luoghi del loisir in genere, bar ecc.) per raggiungere gruppi a rischio e gruppi di consumatori che non accedono ai servizi, mettendo in atto strategie articolate di informazione, ascolto, riduzione dei rischi, riduzione dei danni sanitari e, contemporaneamente, ricevere informazioni aggiornate sulle modificazioni del mercato, degli stili di consumo e dei target, non reperibili in altri contesti.

Lo scopo è quello di promuovere i dispositivi di protezione individuale e, dove vi siano situazioni di difficoltà o di urgenza, stimolare la domanda di aiuto, supportare la motivazione e attivare accompagnamenti ai servizi del territorio.

Attraverso questa modalità di intervento è possibile anche avviare percorsi educativi condotti direttamente in strada o attività di promozione e valorizzazione della creatività e del protagonismo giovanile, favorendo la partecipazione dei ragazzi alla vita della propria Comunità Locale, come fattore protettivo significativo.

Vanno previsti interventi diretti agli adulti che si trovano a più stretto contatto con i giovani (genitori, insegnanti, educatori, dirigenti e operatori di società sportive ecc) con una attenzione particolare al sostegno del ruolo adulto, consapevole della necessaria funzione di autorevolezza.

In Emilia-Romagna si sono sviluppate numerose esperienze di questo tipo.

E' importante:

- riconoscere il valore etico, motivazionale ed ontologico delle esperienze compiute finora e la linea di continuità politica, tecnico-scientifica e metodologica che connette tra loro le diverse modalità di intervento, all'interno ed all'esterno dei servizi, attualmente in campo;
- assumere a riferimento la necessità di rinforzare e dare stabilità a tali funzioni, anche con forme di tutela e di garanzia coerenti con i mandati istituzionali (che dovrebbero essere maggiormente esplicitati) di chi opera in contiguità con situazioni di illegalità e svolge un lavoro dalle forti implicazioni emotive e relazionali.

Approccio comunitario:

Le funzioni di prossimità non focalizzano la loro attenzione esclusivamente sui singoli, circoscrivendo e parcellizzando il "problema", ma, attraverso una lettura sistemica, lo restituiscono complessivamente alla Comunità Locale, mediante l'ascolto delle istanze e la valorizzazione delle risorse presenti in essa, la riattivazione o l'attivazione di connessioni e relazioni. L'approccio comunitario spinge ad avere a cuore il tutto e non solo un singolo al di fuori del suo contesto familiare e sociale, sviluppa identificazioni positive orientate alla

creazione di risorse e opportunità e non solo negative e appiattite sulla sottolineatura dei problemi. L'approccio comunitario si pone come mezzo di promozione e socializzazione, che mira ad agire in profondità su un gruppo, su un territorio, su un ambiente.

Centralità della relazione:

Nel lavoro di prossimità la vicinanza relazionale è la condizione cardine per far riuscire gli interventi, sia che essi perseguano obiettivi di riduzione dei danni, dei rischi, o si collochino più su una dimensione educativo-promozionale. La relazione è il motore sociale che dona significato a questi interventi. La relazione che si instaura tra gli operatori e il gruppo target e, più in generale, tra tutti i soggetti coinvolti, origina il cambiamento sociale. Il concetto di relazione a cui intendiamo fare riferimento non è statico, ma assume l'identità di processo circolare virtuoso che, una volta attivato, tende a riproporsi. Il concetto di empowerment esprime questo meccanismo di reciproco coinvolgimento operatore-utente. Spesso sottovalutiamo l'investimento che occorre fare nell'empowerment: il focus del lavoro di strada non è la presa in carico "della strada", ma la promozione delle competenze delle persone. L'obiettivo non è "LAVORARE PER" ma "LAVORARE CON". Questo approccio non comporta soltanto un ricorso al dialogo ed all'ascolto diretto, ma l'utilizzo di strumenti diversi che suscitano relazioni mediate da attività che possono avere molteplici espressioni e ambiti di realizzazione. Si tratta di attività che promuovono l'espressione, la progettualità, il riconoscimento delle competenze e delle opportunità che derivano dagli incontri sociali.

Trasversalità e continuità:

Le funzioni di prossimità, per la loro natura sistemica e comunitaria, attraversano i progetti, i servizi ed i loro ambiti di competenza, ricercando un rapporto diretto con le persone nei diversi contesti di intervento (strada, scuola, loisir ecc). La loro azione si colloca ad un livello "meta", di ponte tra le istituzioni e le realtà informali; pertanto il "mandato sociale" che ne consegue non potrà che essere aperto.

Le funzioni di prossimità, secondo questa impostazione, si realizzano tanto sul piano della promozione quanto su quello della prevenzione e della riduzione del danno. Pur mantenendo anche specializzazioni di azione nei singoli territori, è necessario tendere verso un modello professionale ed organizzativo che veda gli stessi operatori attivi su questi diversi piani e che garantisca continuità di presenza nei luoghi e continuità di relazione con le persone. Infatti le stesse persone a cui si rivolgono possono essere "target" dei diversi tipi di azione a seconda dei contesti di vita in cui si trovano. Pertanto, le persone possono più efficacemente essere affiancate e sostenute in un percorso di superamento e/o contenimento del rischio derivante dall'uso di sostanze, se gli operatori che si rapportano a loro hanno competenze, campo di azione e aperture di credito formalizzate di tipo trasversale, rispetto ai servizi ed ai soggetti pubblici e privati che sono presenti nei contesti di vita.

Il Piano Sociale di Zona è l'ambito in cui si collocano la possibilità di una progressiva stabilizzazione e di un naturale sviluppo delle funzioni di prossimità, e precisamente in quella "terra di mezzo" che sta nell'intersezione tra le politiche educative-sociali e sanitarie, evidenziandone la vocazione interdisciplinare e l'approccio sistemico.

I Piani di Zona devono esplicitare le modalità attraverso le quali svolgere le funzioni di prossimità, tenendo conto di riferimenti metodologici e organizzativi precisi, la cui assunzione deve comportare un riconoscimento nel quadro delle risorse economiche dedicate.

Assetto istituzionale:

E' necessario dare stabilità alle esperienze di interventi di prossimità come nodo essenziale della rete del sistema dei servizi. La stabilizzazione graduale di esperienze, deve garantire la massima valorizzazione degli interventi già in atto, mettendo a valore i riferimenti teorici, i risultati e le buone prassi maturate negli anni e assumendo alcuni punti di riferimento per guidare lo sviluppo e l'organizzazione futura di tali funzioni.

In particolare vanno garantite flessibilità di azione ed una notevole autonomia in relazione all'apparato amministrativo, poiché non può essere stabilito a priori quali siano le azioni, le strategie, gli obiettivi e le finalità specifiche in un dato territorio ed in una data situazione. La determinazione delle finalità, degli obiettivi e delle azioni conseguenti si costruisce attraverso un processo relazionale dinamico tra gli attori sociali coinvolti.

I principi fondanti degli interventi di prossimità sono:

l'assenza di "mandato" nominativo (l'intervento si svolge in un contesto definito, ma con persone non predeterminabili);

1. la libera adesione del pubblico (perché le persone possano aderire alle proposte dei servizi, è necessario che siano liberi di poter scegliere di farlo. L'adesione libera comporta reciproca fiducia e garanzia di rispetto delle scelte e dei tempi);
2. il rispetto dell'anonimato dei giovani e delle famiglie;
3. l'inter-istituzionalità;
4. la flessibilità delle attività all'interno dell'assetto istituzionale;
5. essere parte di un sistema a rete.

I Piani di Zona devono precisare il contesto istituzionale in cui si situano e le interazioni che si sviluppano tra questi interventi e i servizi territoriali; il soggetto istituzionale che svolge la funzione di prossimità, il responsabile, il coordinatore, gli operatori.

Non è opportuno proporre un unico modello istituzionale e organizzativo per lo sviluppo dei servizi, la cui possibilità di successo è invece data dalla integrazione che riescono a darsi nelle reti territoriali.

Equipe di lavoro:

La funzione di prossimità è organizzata e sviluppata in equipe e collocata in ambiti organizzativi orizzontali, fortemente caratterizzati dalla collaborazione e dalla valorizzazione di tutti gli operatori, in relazione ai diversi contesti di azione.

La scelta degli operatori è cruciale. Gli aspetti motivazionali, l'interesse e la disponibilità personale sono di sfondo al buon funzionamento di un'equipe di lavoro. Su questi aspetti si innestano abilità e competenze tecniche che possono essere acquisite con la debita formazione e attraverso l'esperienza sul campo.

Bisogna tendere a tipologie di contratto e condizioni economiche omogenee sul territorio regionale, a parità di funzioni e compiti, superando la situazione attuale caratterizzata da forte precarietà e disomogeneità di trattamento dei lavoratori.

Non si avverte la necessità di introdurre nuovi profili professionali; è invece auspicabile prevedere percorsi formativi specifici che valorizzino le competenze e le esperienze.

Connessioni tra partners:

La funzione di prossimità deve poter garantire supporto ed accompagnamento verso opportunità e servizi diversi anche per collocazione istituzionale.

L'esercizio della funzione di prossimità richiede garanzie interistituzionali e trasversalità istituzionale e si colloca in un contesto di sinergia tra i servizi pubblici, del privato sociale, del volontariato e le risorse informali della Società Civile. Il dialogo con e tra tutte le risorse del territorio, spontanee, organizzate o istituzionali è una premessa irrinunciabile. Questo

significa creare condivisione, senso di appartenenza, muovere interessi e attivare azioni coordinate centrate sulla collaborazione e sul riconoscimento reciproco. Tale condizione va costruita, monitorata e tutelata attraverso azioni mirate che devono essere accompagnate da accordi all'interno dei Piani Sociali di Zona.

Il percorso di progressiva stabilizzazione delle funzioni di prossimità, necessita di un supporto forte e articolato da parte della Regione Emilia-Romagna.

I servizi di prossimità, proprio perché operano nei luoghi di vita delle persone, spesso intercettano direttamente le pratiche di consumo, entrando in contatto con comportamenti illegali.

Mandati non espliciti fanno sì che chi opera nella strada, ma non solo, svolga anche una funzione di controllo sociale e che le Forze dell'ordine esercitino di fatto anche funzioni di prevenzione.

E' opportuno quindi che le politiche per la sicurezza vengano costruite nella condivisione ed integrazione tra competenze, funzioni e culture diverse.

In Emilia-Romagna esistono esperienze positive di collaborazione tra Amministrazioni Locali e Forze dell'Ordine, tra servizi socio-sanitari e Forze dell'Ordine.

Questo fatto, pur molto significativo, non è sufficiente.

Occorre costruire una cornice regionale, con un accordo sottoscritto tra le parti (Regione, Prefetture e le diverse polizie), che definisca la scena in cui si collocano tutti gli attori coinvolti e che consenta di sedimentare il cambiamento culturale già in atto.

Contemporaneamente deve partire, o continuare, un percorso dal basso, locale, i cui obiettivi sono più operativi e centrati sui bisogni del territorio.

L'accordo regionale, rappresenta un metodo di lavoro non una proposta di comportamenti uniformi su tutto il territorio e riguarda:

- valutazione dei ruoli e delle competenze di Forze dell'ordine e servizi socio-sanitari in relazione ai comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze legali ed illegali, individuando gli ambiti di collaborazione. Questo contribuisce a contrastare i rischi, sempre presenti, di confusività da parte della comunità locale e degli utenti.
- avvio di un percorso di collaborazione finalizzato allo scambio di informazioni sulle sostanze in circolazione nel territorio, anche verificando la possibilità di introdurre sistemi per un'analisi immediata delle sostanze in possesso dei consumatori. Obiettivo è attivare un sistema di "allerta rapido" sia ai servizi sanitari, perché si attrezzino di fronte ad eventuali situazioni critiche, sia ai consumatori, tramite gli operatori di strada, per ridurre i rischi per la loro salute. Le informazioni possono naturalmente provenire anche dai servizi ed essere dirette alle Forze dell'Ordine.
- costruzione di rapporti di collaborazione in riferimento agli eventi non autorizzati (rave, concerti, feste ecc). Occorre prendere atto che il fenomeno degli eventi non autorizzati esiste, che tali eventi sono molto frequentati da giovani consumatori e che, spesso, mancano le condizioni che garantiscano la sicurezza psico-fisica dei partecipanti. Nell'ambito di tali eventi, i servizi di prossimità vengono a volte chiamati dagli organizzatori per svolgere interventi di tutela della salute. Un rapporto con le Forze dell'Ordine potrebbe creare le condizioni per un lavoro più efficace dei servizi di prossimità.

Sulla base delle esperienze compiute, si indicano come strumenti essenziali per facilitare la conoscenza ed il riconoscimento reciproco e quindi consolidare i rapporti di collaborazione, il lavoro comune, ciascuno per le proprie competenze, in progetti territoriali specifici e la formazione congiunta.

La partecipazione di operatori socio-sanitari ad attività formative svolte dalle scuole delle polizie può anch'essa concorrere alla qualificazione degli interventi.

Nei locali del divertimento e negli eventi devono essere garantite tutte le condizioni di tutela della salute dei partecipanti.

I regolamenti comunali per il rilascio delle autorizzazioni di pubblico spettacolo devono definire le norme di sicurezza igienico-sanitarie e le condizioni di prevenzione e protezione della salute in relazione all'uso/abuso di sostanze, che gli organizzatori di eventi devono garantire. Tali garanzie costituiscono condizione preliminare e necessaria al rilascio delle autorizzazioni da parte dei Comuni. Gli organizzatori di eventi commerciali devono garantire i servizi anche attraverso l'utilizzo dei servizi pubblici di prossimità. Negli eventi senza scopo di lucro, in accordo con le Amministrazioni di riferimento, può essere richiesta la presenza e la collaborazione gratuita dei servizi pubblici di prossimità. In occasione di grossi eventi musicali è opportuno garantire la presenza di punti informativi sulle sostanze, attraverso la negoziazione con gli organizzatori.

I percorsi di accoglienza

In un sistema a rete come quello configurato è evidente che si ampliano e si diversificano le possibilità di accesso. La rete nel suo insieme, in particolare i servizi di strada ed i punti periferici (scuole, palestre e gli altri luoghi di aggregazione) può funzionare da collettore del riconoscimento precoce delle manifestazioni di disagio, anticipando l'intercettazione del bisogno e quindi consentendo una presa in carico il più possibile tempestiva.

Occorre sottolineare che anche in questo campo vi sono esperienze positive di cui tener conto.

Per quanto riguarda più in generale il miglioramento della relazione tra domanda e offerta dei servizi, esso è fortemente connesso al funzionamento della rete.

La definizione dei percorsi favorisce le interconnessioni tra i vari punti e lo scivolamento dei bisogni intercettati al punto di maggior appropriatezza.

Tali percorsi non possono essere predeterminati in astratto, ma vanno ricercati nel concreto dei territori; è tuttavia possibile individuare alcune aree o tipologie di percorsi che la rete dei servizi deve sviluppare: incontro dei bisogni nei luoghi di vita e di aggregazione, potenziamento dell'offerta di ascolto e di consulenza dei familiari, maggiore definizione dei rapporti dai punti periferici della rete, induzione della domanda dei servizi di emergenza, domanda mediata dai Medici di Medicina Generale (MMG) e da altri specialisti, integrazione delle risorse con il Privato sociale.

Analogamente anche i punti di accesso per i vari target di utenza non possono essere predeterminati, ma sarà compito dei territori, in base alle loro peculiarità, definirne le caratteristiche, la collocazione e l'attribuzione della responsabilità.

Per una corretta programmazione delle iniziative in materia di consumo/abuso/dipendenze occorre avere chiaro, nella sua particolarità e nella sua globalità, il quadro delle aree e dei compiti, senza trascurare le relazioni che uniscono le une agli altri: in pratica occorre utilizzare uno schema a matrice. Con la enorme diffusione dei consumi è emersa l'esigenza di definire le tipologie dei gruppi target dei consumatori: gli individui non sono più solo caratterizzati dalla dipendenza, dall'abuso o dal consumo di droghe, ma anche da altri loro elementi specifici. In uno schema a matrice occorre tener conto dei gruppi target specifici e della loro intersezione con temi specifici (donne/alcol, giovani/alcol ecc) cui dedicare attenzione sviluppando le competenze e le procedure di gruppi tematici professionali.

La matrice è strumento utile ai professionisti del settore per verificare l'appropriatezza e la completezza dei percorsi e dei progetti attivati. Occorrerà, ovviamente, un continuo aggiornamento in relazione all'evolvere della situazione epidemiologica e fenomenologica.

E' importante evidenziare la necessità di consolidare o sviluppare, in tutti i territori, servizi rivolti ai giovani, ai loro contesti ed agli adulti di riferimento che abbiano la caratteristica di essere facilmente accessibili, attraenti, non connotati in senso specialistico ma fortemente qualificati dal punto di vista delle competenze, a cui devono concorrere operatori provenienti dai servizi quali Sert, Psichiatria, Consulenti, Servizi sociali e del Privato sociale ecc... Tali servizi devono essere fortemente collegati ai servizi di prossimità ed in grado, se necessario, di realizzare essi stessi forme di contatto nei luoghi di vita dei giovani. E' inoltre fondamentale che favoriscano, al bisogno, l'accesso ai servizi specialistici e forme adeguate di accompagnamento. Queste funzioni possono essere svolte dal Privato sociale, è importante tuttavia che sia garantita uguale facilità di accesso ai servizi specialistici, se la situazione lo richiede, nell'ottica di una forte integrazione con i servizi pubblici preposti.

Offrire servizi efficaci e a valido rapporto costi/benefici con diverse tipologie di utenti appropriatamente identificati attraverso una valutazione diagnostica ("assessment") sistematica, richiede la disponibilità di un insieme di servizi che comprende, ad esempio, il counselling non-residenziale, le terapie psicosociali strutturate, la terapia di gruppo, la terapia strutturata non-residenziale, i servizi intensivi di riabilitazione, la detossificazione, le cure intensive diurne, la residenza lungo-assistenziale e il supporto e continuità assistenziale.

Gli Osservatori Provinciali sulle Dipendenze devono diventare lo strumento di monitoraggio e di ricerca per rilevare le criticità e le emergenze per tutto il sistema. Devono essere collegati a tutti i punti della rete: emergenza-urgenza, medicina legale, ospedali, altri servizi sociali e sanitari, Forze dell'Ordine, Tribunali, Enti Locali, Scuola, Enti ausiliari ecc. Possono inoltre svolgere un ruolo di "indirizzo" a sostegno di sperimentazioni e approcci innovativi efficaci.

La formazione è uno degli strumenti primari, e al tempo stesso più efficaci, per favorire la strutturazione della rete dei servizi. Insieme alla ricerca applicata favorisce l'acquisizione di una identità comune dei servizi del territorio. Ciò accade sia per il valore specifico delle competenze che vengono trasferite agli operatori e finiscono per costituire un patrimonio comune, sia perché favorisce la contaminazione dei linguaggi, delle culture e degli approcci professionali molteplici e differenziati che si ritrovano nei servizi.

La formazione deve coinvolgere tutti i soggetti che fanno parte del sistema a rete e deve corrispondere ai seguenti fabbisogni di base:

- conoscenza delle modificazioni dei consumi.
- aggiornamento professionale di tutti gli operatori del sistema dei servizi.
- formazione al lavoro in rete

La formazione al lavoro in rete deve essere compresa tra le attività formative previste nell'ambito dei Piani sociali di zona.

Al fine della valutazione del funzionamento della rete è opportuno tener conto delle sue variabili analitiche: l'*ampiezza* o numero di elementi (nodi), *densità* (quantità di relazioni attese tra gli elementi), *interconnessione* (numero medio dei legami necessario per connettere ogni due elementi nel tempo più breve), *settorialità* (grado in cui l'intera rete si dimostra suddivisibile in gruppi di legami o sottounità distinte).

L'analisi dei legami deve tenere conto della *multiplessità* (numero di ruoli o tipi di relazione che contraddistinguono i legami), *reciprocità* (grado di equità o di bilanciamento negli scambi di risorse o nel potere), *intensità*, *frequenza e natura dei contatti*.

5. Il sistema della cura

L'emergere dei nuovi consumi pone la necessità di ripensare le offerte di valutazione diagnostica e trattamento in modo che risultino flessibili, destigmatizzate, accoglienti e prossime alla domanda per tutte le tipologie di consumo, le nuove e naturalmente quelle tradizionali, garantendo condizioni di sicurezza. Infatti ormai ciò che condiziona l'accesso ai servizi non è tanto la sostanza usata quanto l'appartenenza ad una tipologia o ad un gruppo socio-culturalmente identificato, con particolare riferimento alle differenze esistenti fra il mondo della marginalità e il resto della popolazione.

Inoltre la numerosità della popolazione utilizzatrice di sostanze e la labilità del confine tra consumo ed abuso per le nuove sostanze rende auspicabile un massiccio investimento nelle attività di accoglienza e cura che andrebbero per l'appunto rese con modalità proposte sopra.

Il sistema dei servizi deve essere in grado di entrare in "contatto con" e di fornire valutazioni accurate multiprofessionali e multidimensionali ad un numero di persone molto maggiore dell'attuale ed in contesti accoglienti e prevedendo percorsi di accoglienza e di cura differenziati per gruppi target (in particolare giovani, ma anche per older, donne, immigrati, persone con disturbi psichiatrici, genitori e loro figli, carcerati, marginali ecc.). In particolare vanno curati percorsi organizzativi interni al Sert specifici per la terapia sostitutiva, per i policonsumatori, per gli utenti cronici, per gli assuntori di cocaina e gli alcolodipendenti, differenziando i percorsi tra giovani e adulti, per le persone in situazione di marginalità, e percorsi esterni di contatto con i servizi psichiatrici, i Pronto Soccorso, i servizi socio-sanitari, anche per consulenze incrociate.

Le professionalità coinvolte nelle attività di valutazione diagnostica devono comprendere competenze di tipo medico, psicologico e socio-educativo, non devono essere diverse o staccate dal sistema di cura ed, a seconda delle realtà locali, possono costituire unità di "assessment" pubbliche, private o miste. Esse dovrebbero contestualmente rendere attività di tipo informativo e preventivo, sul modello dei c.d. "interventi brevi", che mantengono un potenziale di cambiamento importante, in qualche misura "terapeutico". Inoltre dovrebbero indirizzare al sistema di cura propriamente detto coloro che, indipendentemente dalla sostanza d'abuso, ne abbiano bisogno.

Va studiato anche il coinvolgimento dei MMG in queste attività, analogamente ad esperienze già condotte in tema di alcolodipendenza.

Il target del sistema della cura, per definizione, non riguarda il consumo, ma deve focalizzarsi sui due problemi più chiaramente di tipo patologico, che riconoscono aree di sovrapposizione tra loro: l'abuso/dipendenza e le complicanze, internistiche, psichiatriche, nonché quelle più rilevanti sotto il profilo socio-relazionale. La cocaina pone indubbiamente il problema del rapido sviluppo di dipendenza, almeno in un terzo dei consumatori; pone altresì con maggiore enfasi rispetto agli oppiacei il problema della comparsa di complicanze internistiche e psichiatriche, non solo nei dipendenti, ma anche nei consumatori, ragione per cui l'offerta di cura, informazione e prevenzione deve essere potenziata.

Le relazioni di aiuto e le funzioni di cura vanno finalizzate ad un cambiamento condiviso, inteso come possibile, desiderato ed eticamente accettabile. Non si avverte la necessità di una maggiore direttività/coercitività del sistema.

L'intero sistema deve essere calibrato sui modelli di relazione di cura dei servizi per le dipendenze (basati su un approccio educativo e motivazionale) e prevedere "escursioni" nel paradigma psichiatrico (maggiormente medicalizzato e direttivo).

Sono inoltre necessarie alcune modificazioni che tengano conto delle caratteristiche tipiche dei policonsumatori:

- il particolare vissuto del tempo: la dimensione culturale che privilegia la rapidità, l'efficienza, il successo e la discontinuità trova, in particolare nel cocainomane, una

incarnazione con aspetti molto contraddittori. Se la cura della dipendenza richiede motivazione, tempo e disponibilità alla relazione, il cocainomane chiede spesso, o almeno inizialmente, rapidità, interventi di tamponamento, occasionalità, rapporti non coinvolgenti. Tra patologie del narcisismo e servizi orientati alla realtà occorre prevedere forme di incontro "a metà strada";

- gli obiettivi debbono essere molto calibrati sulle fasi del processo di cura, con fasi di aggancio e trattamento precoce inevitabilmente più lunghe, incerte e problematiche. In queste fasi, la condivisione di obiettivi, anche parziali, tra curanti e pazienti ed il loro perseguimento sono spesso determinanti per un buon esito. La tradizionale suddivisione tra fasi di ingaggio/coinvolgimento, stabilizzazione, remissione iniziale e remissione prolungata, mantiene, a maggior ragione, la sua validità, ancorché adattata per queste variabili;
- per qualsiasi tipologia di utenza il poter disporre di luoghi con caratteristiche strutturali e di processo di maggiore modernità, gradevolezza ed attrattiva garantisce maggiormente il successo dei processi di cura. In particolare l'accesso ai luoghi di cura di una popolazione ad alto funzionamento sociale ne rende ancor più stringente l'adeguamento. I luoghi di cura devono riflettere sempre di più i luoghi di vita che, in generale, sono accoglienti e confortevoli. Ogni esperienza, pubblica o privata, che abbia mostrato qualche segnale di successo in questo senso deve essere valorizzata;
- occorre considerare anche i familiari ed i conviventi come destinatari di interventi del sistema di cura. Ciò sia per la oggettiva sofferenza e stress che la convivenza con persone affette da dipendenza genera nel contesto, sia per la dimostrata efficacia che la strategia dell'intervento di rete ha nel coinvolgere, motivare e trattenere in cura. In particolare dovrà essere dedicata molta attenzione a quella popolazione costituita da giovani genitori di minorenni, che mostrano serie difficoltà nell'interpretare ruoli educativi, sulla base di carenze talvolta di informazione, talaltra di tenuta emotiva;
- occorre considerare il carcere come contesto privilegiato di incontro, aggancio e coinvolgimento nel processo di cura.

E' quindi auspicabile un sistema:

- che abbia atteggiamento attivo, votato alla ricerca dell'utente, alla disponibilità verso di lui ed all'intervento sulla rete sociale in cui è inserito;
- in cui avvenga una trasfusione di competenze tra i vari settori interessati (dipendenze patologiche, psichiatria, sistemi di emergenza-urgenza, servizi internistici, infettivologici, consultori, servizi sociali, privato sociale, etc...), intendendo con questo il raggiungimento di almeno tre obiettivi:
 - a) maggiore conoscenza delle competenze e delle attività rese da unità operative diverse,
 - b) acquisizione di alcune abilità e competenze tradizionalmente rese da altre unità operative,
 - c) abbattimento dei possibili ostacoli burocratico/amministrativi alla individualizzazione del percorso di cura, attraverso tutte le articolazioni pubbliche e private in cui tali competenze siano reperibili,
- che combini questi aspetti con soluzioni organizzative originali e calibrate sulla realtà locale, nelle quali si privilegi la competenza (ciò che si sa e si è in grado di fare) rispetto alla appartenenza (al servizio pubblico, privato, territoriale, ospedaliero, comunitario etc...);
- che contempli la formazione congiunta di tutte le agenzie preposte come strumento fondamentale, in grado di facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo.

Le soluzioni organizzative, che possono prevedere progetti congiunti in cui personale del pubblico e del privato lavorino fianco a fianco (in luoghi del pubblico e del privato), laddove le loro competenze si integrino in modo originale ed efficace, devono risolvere il problema dei collegamenti tra le varie fasi del percorso:

- tra servizi di emergenza-urgenza e servizi di cura delle dipendenze,
- tra servizi per le dipendenze e altre agenzie sociosanitarie, dai servizi di prossimità al counselling,
- tra servizi per le dipendenze e Servizi psichiatrici.

Il collegamento tra servizi di emergenza-urgenza e servizi di cura delle dipendenze

In questa area devono essere previsti protocolli di collegamento per i problemi di gestione delle intossicazioni acute e delle complicanze psichiatrico-comportamentali.

- Gestione del paziente con sospetta intossicazione da droghe d'abuso in emergenza-urgenza:

Esistono problematiche di mascheramento delle sostanze stupefacenti sulle patologie, tali da poter confondere il quadro clinico ed indurre trattamenti non completamente appropriati. Esiste poi una importante correlazione tra abuso di sostanze stupefacenti ed incidentalità stradale, allo stato attuale non quantificabile. E' essenziale una maggiore diffusione dell'accertamento analitico ad uso diagnostico per le principali droghe d'abuso (nelle urine in prima istanza, ematico in casi selezionati), al fine d'impostare il trattamento più appropriato fin dalla prima valutazione del paziente, sul territorio e in Pronto Soccorso (PS) (vedi allegato). All'interno del giudizio clinico, le categorie di pazienti per cui si ritiene indicato eseguire l'accertamento analitico, non escludendo altre categorie a giudizio del medico, sono le seguenti:

- Paziente che ha subito eventi traumatici
- Paziente agitato
- Paziente in situazioni di emergenze-urgenze cardiovascolari e cerebrovascolari
- Paziente in situazioni di emergenze-urgenze neurologiche
- Paziente in situazioni di emergenze psichiatriche
- Minori maltrattati

Per giudizio clinico si intende un primo inquadramento dei casi più a rischio di abuso di sostanze stupefacenti. Per la gestione di questi pazienti, nei casi complessi o atipici, si raccomanda la consultazione del Centro Antiveneni di riferimento.

Le emergenze internistiche sul territorio ed in Pronto Soccorso potrebbero essere meglio gestite se i clinici avessero informazioni sulle sostanze, sui tagli in uso in quel momento e sulle caratteristiche del mercato.

- Gestione delle complicanze psichiatriche e comportamentali:

Il punto di riferimento unico che i servizi di emergenza debbono tenere per le consulenze e la gestione delle problematiche psichiatrico-comportamentali è il Servizio di Consulenza psichiatrico attivo presso tutti i PS. La consulenza nel paziente acuto, finalizzata a decisioni cliniche tempestive, è dello psichiatra. Esaurita la fase di trattamento al PS è opportuno un contatto con il Sert entro 24 ore. I contatti con il Sert vanno attivati su richiesta dello psichiatra. Questo contatto non si configura come una consulenza, ma come un inizio, una proposta di *aftercare*, laddove i tempi di permanenza in PS lo consentano. E' una disponibilità che il Sert può dare anche attraverso figure non mediche (in tal senso vi sono già esperienze positive consolidate). Il luogo di gestione delle complicanze non affrontabili in PS del paziente agitato o aggressivo è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Il collegamento tra i servizi per le tossicodipendenze e i servizi psichiatrici (intesi entrambi come insieme di servizi pubblici e privati insistenti su un territorio):

Deve focalizzarsi su una organizzazione dei rapporti tra i vari servizi che consenta una reale condivisione strutturata e ritualizzata dei momenti decisionali. E' questo il punto più efficace nel modificare la cultura professionale delle èquipe di lavoro, attraverso la conoscenza reciproca ed il lavoro a stretto contatto. La semplice esistenza di protocolli non garantisce questa integrazione, talvolta formalizza semplicemente la separazione dei due sistemi. L'organizzazione proposta è basata sul principio di reciprocità e può prevedere:

- partecipazione di professionisti di tutte le èquipe interessate a momenti periodici di sviluppo del consenso sulle modalità di relazione reciproca, sui percorsi clinico-assistenziali da dedicare alle varie tipologie, su linee-guida di trattamento;
- partecipazione regolare di professionisti esperti dei servizi psichiatrici alle riunioni di èquipe dei servizi per le dipendenze patologiche e viceversa, con la possibilità di condividere la pianificazione dei percorsi terapeutici di singoli casi.

Il collegamento tra Pronto Soccorso, Servizi Psichiatrici e servizi di cura delle dipendenze:

L'evento acuto con la conseguente presentazione in PS rappresenta, per l'utilizzatore di sostanze, un momento sensibile di contatto con il sistema di cura, durante il quale può scaturire la richiesta di aiuto. E' quindi importante individuare percorsi da proporre in queste eventualità.

Si riconoscono le seguenti possibilità:

- *Paziente con problematiche psichiatrico-comportamentali*: il punto di riferimento unico che i servizi d'emergenza debbono tenere per le consulenze e la gestione di queste problematiche è il Servizio di Consulenza psichiatrica attivo presso tutti i PS. Il luogo di gestione delle complicanze non affrontabili in PS del paziente agitato o aggressivo è il SPDC. In questo caso i contatti con il Sert vanno attivati dallo psichiatra.
- *Paziente senza problematiche psichiatriche o comportamentali evidenti*: se ricoverato sarà l'Unità Operativa di competenza ad attivare percorsi di presa in carico del Sert. Se dopo le prime cure in Pronto Soccorso il paziente risulta dimissibile e si dimostra disponibile ad affrontare la problematica d'abuso di sostanze stupefacenti, è necessario poter disporre di percorsi organizzati con il Sert per la presa in carico in tempo reale (se in orari compatibili) o differita, se in orari di indisponibilità del servizio. Si ritiene comunque opportuno attivare un contatto con il Sert entro 24 ore.

Il collegamento per le attività di presa in carico integrata deve prevedere:

- Definizione dell'èquipe (possibilmente dell'operatore) che ha la titolarità della relazione di cura e che reperisce presso le altre èquipe le prestazioni o le attività necessarie al percorso terapeutico. Questo è un presupposto essenziale per poter raggiungere una reale integrazione, che, dal punto di osservazione dell'utente, è la condizione in cui l'utente stesso ha un unico punto di riferimento, titolare della relazione di cura, in grado di offrire direttamente alcune attività/prestazioni diagnostico-terapeutiche ed in grado di accompagnarlo in un percorso presso altri servizi che forniscono attività/prestazioni non in contraddizione con quelle del centro di riferimento.
- Consulenze reciproche. Una volta sancito il principio della unicità dell'èquipe (o dell'operatore) di riferimento e provveduto ad organizzare i momenti congiunti di decisione organizzativa e clinica, è indispensabile una rete di consulenze e collaborazioni reciproche, basate sulla mobilità del professionista e non del paziente.

L'apporto del professionista esperto in dipendenze patologiche è oggi fondamentale presso gli SPDC, i Centri di Salute Mentale (CSM), le Strutture Residenziali Psichiatriche, soprattutto per pazienti per cui il sistema psichiatrico mantiene la titolarità della relazione di cura. Allo stesso modo, l'apporto del professionista di salute mentale (meglio se incardinato nel servizio pubblico, per le potenzialità di collegamento con la rete cui appartiene) è fondamentale nell'attività dei Sert e degli Enti Ausiliari.

- Abbattimento degli ostacoli burocratico/amministrativi all'accesso a prestazioni di un altro settore sulla base della titolarità della relazione di cura. Indipendentemente dalla organizzazione aziendale e dalla composizione dei Dipartimenti, va raggiunta una condizione che eviti o minimizzi i conflitti che possono insorgere tra professionisti, relativamente all'accesso di propri pazienti a luoghi di cura dei due sistemi ed alle modalità di pagamento. Gli aspetti amministrativi devono essere conseguenti alle necessità ed alle decisioni cliniche e non viceversa. L'accesso di pazienti con problemi di abuso/dipendenza agli SPDC, alle Case di Cura Private, alle Strutture Residenziali psichiatriche, ai Centri Diurni ed ai CSM va definito sulla base di criteri clinici che garantiscano il pieno godimento dei diritti a cure necessarie alla tutela della loro salute. Così come l'accesso dei pazienti psichiatrici alle Comunità terapeutiche definite "doppia diagnosi" deve essere garantito, laddove clinicamente indicato. Per queste esigenze è necessaria una revisione dei criteri di accesso/esclusione alle strutture che, in alcuni casi, comporterà inevitabilmente modifiche ai processi interni delle Unità Operative,

Il collegamento tra servizi per le dipendenze patologiche, psichiatrici e altre agenzie sociosanitarie, (dai servizi di prossimità al counselling):

E' sempre più evidente che le mutate condizioni sociali ed economiche delle nostre comunità locali propongono con crescente urgenza problemi e situazioni di difficile incasellamento nei tradizionali settori di intervento. L'integrazione socio-sanitaria è la priorità per questo decennio. Se già l'integrazione interna ai servizi sanitari più tradizionali è un obiettivo importante ed ambizioso, occorre analoga disponibilità da parte dei professionisti delle Aziende USL, degli Enti Locali e del Privato sociale a collegarsi per garantire una reale assistenza integrata. Ciò ha particolare rilievo per le situazioni più difficili quali, ad es: coesistenza nello stesso nucleo familiare di rilevanti problemi sanitari e sociali (i c.d. casi multiproblematici), in cui su povertà e degrado sociale si innestano problemi di dipendenza e/o salute mentale, magari riguardanti minori e con il coinvolgimento delle autorità giudiziarie a loro tutela. Questi casi richiedono inevitabilmente soluzioni ad hoc, ma confezionate a partire da una rete di collaborazioni collaudata e regolarmente sottoposta a manutenzione. Il Distretto come ambito di integrazione deve promuovere la costruzione di questa rete secondo le forme e le organizzazioni più consone alla realtà locale e verificarne il buon andamento.

Angelo Fioritti

Allegati di approfondimento relativi agli interventi dei Servizi di Emergenza Urgenza

Allegato I - Trattamento extra ed intraospedaliero delle intossicazioni da droghe di abuso

Le droghe di abuso portano spesso a visite nel DEA per intossicazioni da overdose intenzionale o accidentale e in alcune occasioni per sintomi da carenza.

Negli Stati Uniti nel 2003 oltre tre milioni di persone di età superiore ai dodici anni avevano ricevuto un trattamento per alcol e/o droghe illecite nei 12 mesi precedenti; di questi 251000 sono stati trattati nel DEA.

La diagnosi può essere difficile poiché l'anamnesi è spesso limitata o muta.

Il trattamento può essere complicato da fattori confondenti come traumi, malattie psichiatriche o disturbi fisiologici indotti dalla droga.

Diagnosi e trattamento sono comunque possibili.

L'attenzione alle vie aeree, al respiro ed al circolo sono la base di partenza per la stabilizzazione iniziale. La classe della droga implicata verrà stabilita attraverso l'obiettività del paziente e guiderà gli interventi appropriati.

Tuttavia le raccomandazioni sulle cure per il pz intossicato sono di solito basate sul consenso in quanto da parte dei più autorevoli enti di ricerca non si sono ancora identificate linee guida pratiche rilevanti.

Principali sostanze d'abuso che portano ad una visita nel DEA secondo i dati DAWN (Drug abuse warning network) 2002 :

Alcool (in associazione con altre sostanze)

Cocaina *

Marijuana *

Eroina

Amfetamina *

Metamfetamina *

PCP (fenciclidina -poco usato in Italia)

MDMA (Ecstasy) *

GHB (acido gamma-idrossibutirrico) *

Inalanti

Allucinogeni eterogenei

LSD *

Ketamina *

*In **Allegato III** farmacologia e tossicologia delle principali droghe d'abuso

PUNTI FONDAMENTALI NEL TRATTAMENTO DEI PZ CON SOSPETTO ABUSO DI DROGA

L' ABC della terapia di supporto è essenziale per questi pz

Utilizzare tutte le risorse possibili per acquisire un'anamnesi il più precisa possibile

Considerare la decontaminazione quando appropriata. Ad eccezione dell'eroina non sono disponibili antidoti per le attuali droghe d'abuso

Focalizzare l'attenzione sulla possibilità di un "policonsumo" e sulla eventuale presenza di patologie concomitanti

Un'attenta valutazione dei sintomi e dei segni può guidare nella diagnosi e nel trattamento del pz

Con una terapia di supporto e l'osservazione una buona parte di pz può guarire senza significative complicanze a lungo termine.

Nel caso si utilizzino protocolli ACLS la RCP va effettuata per più tempo, la terapia farmacologica ed elettrica devono essere utilizzate a dosaggi più elevati, farmaci poco utilizzati sono a volte idonei.

TRATTAMENTO PREOSPEDALIERO

Valutazione e stabilizzazione :

A (Airway) - Assicurare le vie aeree ed eventuale immobilizzazione del rachide cervicale

B (Breathing) - Valutazione della respirazione ed eventuale supporto con ossigeno

C (Circulation) - Valutazione ed eventuale supporto cardiocircolatorio

D (Disability) - Valutazione neurologica . In caso di pz agitati e/o combattivi restrizione fisica e trattamento farmacologico con Benzodiazepine . In caso di obnubilamento del sensorio considerare diagnosi differenziali Es: Coma ipoglicemico, Overdose da oppiacei.

E (Exposure) - Esposizione del pz ed ulteriore ed attenta valutazione dell'ambiente già iniziata all'arrivo sul posto

N.B. Il recente incremento dei policonsumi sta ponendo ai soccorritori dei problemi nuovi : ad esempio pazienti obnubilati e bradipnoici che , dopo somministrazione di Naloxone sviluppano fascicolazioni o convulsioni,tachiaritmie anche maligne,dolore toracico, ecc. espressione della slatentizzazione di una sindrome da sostanze eccitanti.

INTERVENTO D'URGENZA SU SOGGETTO CON ALTERAZIONI PSICHICHE TALI DA COSTITUIRE PERICOLO IMMEDIATO. (Allegato IV)

TRATTAMENTO INTRAOSPEDALIERO

Valutazione e stabilizzazione secondo lo schema A B C D E con monitoraggio ulteriore dei parametri vitali (ECG, Saturimetria, PA, FC, FR, Glicemia)

I segni ed i sintomi obiettivati dal pz possono essere inquadrati nell'ambito di 4 Sindromi Tossicologiche che ci permettono una terapia più mirata sul pz ed una valutazione prognostica più precisa nell'attesa di una conferma tossicologica.

	SEGNI VITALI	STATO MENTALE	ES.OBIETTIVO
Stimolanti SNC Cocaina, Analoghi della Amfetamina	Iperensione, Tachicardia, Ipertermia, Tachipnea.	Eccitazione, Euforia, Agitazione	Midriasi, Aumento della peristalsi, Diaforesi, Tremori, Convulsioni, Aritmia, Ischemia Miocardica, Rabdomiolisi
Agenti Dissociativi Ketamina, PCP	Iperensione, Tachicardia, Ipertermia.	Agitazione, Disorientamento. Letargia, Distorsione dell'immagine corporea, Allucinazioni, Coma, Depersonalizzazione	Miosi, Nistagmo, Atassia, Vomito, Rabdomiolisi
Allucinogeni LSD	Ipertermia, Iperensione.	Agitati ma orientati, Psicosi, Panico	Midriasi, Sinestesie
Sedativi GHB, Oppioidi	Ipotensione, Bradycardia, Apnea, Ipotermia.	Stupore, Coma, Linguaggio confuso	Miosi, Diminuzione della peristalsi, Iporefflessia

TRATTAMENTO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA DA STIMOLANTI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Agitazione: Benzodiazepine : Diazepam 5-10 mg ev, Lorazepam 2-4 mg ev, **Midazolam 0.1-0,2 mg/kg** (anche i.m. se difficile accesso venoso).

Per **sedazione rapida** aggiungere aloperidolo o droperidolo.

Iperensione: BDZ, Nitroglicerina, Nitroprussiato di Sodio

Ipertermia: Abbondanti abluzioni fredde e BDZ

Convulsioni: Di solito brevi ed autolimitantesi, si trattano con BDZ. Lo stato di Male

Epilettico deve far pensare ad un assorbimento continuo come nel caso dei Body Packers o ad insorgenza per ipertermia

Trattamento del pneumotorace da barotrauma (da cocaina) con posizionamento del tubo toracico.

Rabdomiolisi Idratazione ed eventuale alcalinizzazione delle urine

Iponatriemia da MDMA : se il pz è disidratato è indicato un ripristino del volume con cristalloidi, come il NaCl allo 0,9 % . I pz normovolemici con sintomatologia neurologica dovuta all'iponatriemia vanno trattati con soluzione salina ipertonica, con lo scopo di incrementare il Na plasmatico alla velocità oraria di 1-2 mmol/litro.

DOLORE TORACICO E ISCHEMIA MIOCARDICA DA COCAINA

Ossigenoterapia (Raccomandazione di grado C)

Nitroderivati da soli o in associazione con BDZ sono efficaci nel ridurre il dolore toracico (R. grado B)

Beta bloccanti non selettivi (propranololo) non sono raccomandati in quanto aumentano la vasocostrizione coronarica, mentre i beta bloccanti selettivi (esmololo) ed i misti alfa e beta (labetalolo) non sono raccomandati ma allo stesso tempo non sembrano controindicati(R:B)

Calcio antagonisti non diidropiridinici (verapamil e diltiazem) contrastano l'ipertensione, la vasocostrizione coronarica e la tachicardia. Trovano indicazione nei pz che presentano perdurare del dolore dopo la somministrazione di O2, BDZ, ASA e NTG. (R.grado B)

ASA il suo uso non è messo in discussione anche in considerazione dell'effetto protrombotico della cocaina sebbene non siano disponibili evidenze sulla sua efficacia (R:gradoC)

Trombolitici ed Angioplastica : solo in caso di persistenza della sintomatologia dopo il trattamento medico sopra indicato è indicata l'indagine coronarografica e in presenza di trombo ed in assenza di controindicazioni il trattamento con trombolitici. Altri autori invece suggeriscono a coronarografia positiva l'Angioplastica. L'applicazione di tali procedure deve essere valutata attentamente in ogni singolo caso

Antiarritmici: la somministrazione di Lidocaina è indicata nel trattamento della TV e FV al dosaggio di 1-1,5 mg/kg ; la somministrazione di Bicarbonato di sodio al dosaggio di 1-2 mEq/kg ev è efficace nel ridurre l'allungamento del QT e l'allargamento del QRS.

TERAPIA DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA DA AGENTI DISSOCIATIVI

Il trattamento è principalmente di supporto

Agitazione severa, ipertensione arteriosa e/o tachicardia : BDZ ev (Diazepam e Lorazepam)

Ipertermia : misure di raffreddamento esterno e BDZ

Rabdomiolisi : infusione di liquidi ed eventuale alcalinizzazione delle urine

TERAPIA DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALLUCINOGENI

Gli allucinogeni raramente causano problemi pericolosi per la vita. La tossicità viene trattata gestendo il pz in un ambiente calmo , tranquillo e sicuro.

Se è necessaria la sedazione sono indicate le BDZ.

TERAPIA DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA DA SEDATIVI DEL SNC, GHB

L'intossicazione acuta si può manifestare con coma e depressione respiratoria, per cui sono essenziali le manovre di RCP avanzata. Nonostante la drammaticità del quadro iniziale i pz in genere recuperano la funzionalità respiratoria e cerebrale entro le prime sei

ore dalla presentazione per cui possono essere dimessi dal DEA dopo un periodo di osservazione. Può essere presente bradicardia di solito transitoria responsiva all'Atropina e ipotensione arteriosa sensibile all'infusione di liquidi.

Ricordiamo che anche la carenza di GHB è una Emergenza Medica in quanto dopo un'assunzione prolungata e frequente si sviluppa una grave dipendenza che risponde alle BDZ o nei casi più gravi al Fenobarbital ed al Propofol.

TERAPIA DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA DA MARIJUANA

Il principale composto psicoattivo è il Delta 9-tetra-hydrocannabinolo (THC) che può avere un'azione stimolante sedativa o allucinogena a seconda della dose e del tempo dopo il consumo.

Disturbi psicologici : rassicurazione del pz possibilmente con l'aggiunta di BDZ

Tachicardia sinusale : di solito non richiede trattamento eventualmente BDZ

Ipotensione ortostatica : posizione di Trendelenburg e/o infusione di liquidi

Decontaminazione in caso di ingestione : carbone attivato e catartici.

BODY PACKERS E BODY STUFFERS

I cosiddetti "body packers" ingeriscono grosse quantità di droghe (essenzialmente cocaina ed eroina) impacchettate accuratamente in involucri di piccole dimensioni, con l'intenzione di contrabbandarle nel paese di destinazione, espellendole dopo l'arrivo. Occasionalmente si osserva l'introduzione di involucri per via rettale o vaginale. I cosiddetti "body stuffers" si differenziano dai body packers in quanto ingeriscono frettolosamente droghe frettolosamente ed inadeguatamente impacchettate, nell'imminenza di intervento delle forze dell'ordine.

In entrambe queste categorie sono controindicati i tentativi di rimozione meccanica (manuale ed endoscopica) dei pacchetti contenenti droghe, per l'altissimo rischio di rottura dell'involucro.

Il trattamento dei body packers asintomatici prevede il completo lavaggio intestinale con sostanza tipo Selg. I pz con manifesta tossicità da eroina possono essere stabilizzati con Naloxone ad alte dosi a volte anche superiori ai 10 mg, mentre i pz con tossicità da cocaina devono essere stabilizzati in Emergenza e condotti in sala operatoria per la decontaminazione chirurgica.

Questi pz spesso manifestano segni di occlusione intestinale o di peritonite che richiede l'intervento chirurgico.

I body stuffers sintomatici devono essere trattati in modo analogo ai precedenti mentre quelli asintomatici devono essere tenuti in osservazione per almeno sei ore.

Classificazione delle evidenze

Livello di evidenza	Tipo di evidenza	Grado di raccomandazione
I	Trial clinico randomizzato di alto valore statistico e meta-analisi	A
II	Trial clinico randomizzato con più basso valore statistico	B
III	Studi di singoli gruppi, caso controllo, controlli storici, studi non randomizzati, consenso di esperti	C
IV	Studi descrittivi o di casistica	C

V	Rapporti su singoli casi o di tipo aneddotico	C
---	---	---

Trattamento delle intossicazioni acute da cocaina

Dall'esame della letteratura risulta che il trattamento di scelta e' dato dalle benzodiazepine e che vi sono dati discordanti per quello che riguarda i neurolettici che sono da alcuni consigliati sempre, da altri solo in caso di presenza di fenomeni psicotici oppure sconsigliati. Vi e' comunque una "tendenza" ad utilizzarli di meno non tanto per il rischio di crisi convulsive ma per l'ipotetica possibilita' dello scatenamento o del peggioramento di una ipertermia. I neurolettici piu' utilizzati sono l'alooperidolo (ritenuto il piu' sicuro) e la clorpromazina.

Allegato II - Metodi di Analisi in Urgenza per Sostanze d'Abuso

La procedura di screening per le droghe d'abuso dovrebbe prevedere l'impiego di test immunochimici per la ricerca quantitativa / qualitativa in funzione delle caratteristiche delle sostanze in causa con metodica immunochimica (fluorescence polarization immunoassay; FPIA). Le principali sostanze d'abuso dovrebbero essere ricercate nelle urine con test specifici. Le procedure di analisi in relazione allo screening dovrebbero rispettare tempi di risposta di circa 60 minuti (dall'invio del campione al referto).

Per una buona accuratezza del risultato finale il test biochimico dovrebbe sempre essere abbinato ad discussione del caso clinico fra il laboratorista (medico/biologo) ed il medico d'urgenza.

Metodiche alternative con test rapidi di tipo colorimetrico in fase solida con analoga sensibilità e specificità, tipo Point-Of-Care e tempi di analisi di pochi minuti (5 -15) potrebbero ugualmente dimostrarsi utili nelle strutture sprovviste di laboratorio urgenze. Il risultato di tutti i test necessiterebbero di conferme con metodiche non utilizzabili in urgenza (GCMS).

Sostanza	Cut-off (ng/mL)	Range (ng/mL)	Positività del Test dopo l'Assunzione
Cocaina	300	15 - 2000	3 giorni
Cannabinoidi	50	15 - 2000	2-7 giorni
Oppiacei	300	15 - 2000	2 giorni
Metadone	300	15 - 2000	3 giorni
Amfetamine	1000	15 - 2000	2 giorni
Ecstasy	300	15 - 2000	1 giorni
LSD	> 2	2 – 100	1-5 giorni
Ketamina	7 – 27 (□g/mL)	--	3 giorni

Allegato III - Schede sinottiche droghe d'abuso più utilizzate

SCHEDA SINOTTICA: **CANNABINOIDI**

GRUPPO SOSTANZE DI RIFERIMENTO : SOSTANZE PSICOATTIVE

SOSTANZE CORRELATE : la Cannabis contiene più di 400 composti chimici, tra cui 61 cannabinoidi, dei quali il THC rappresenta il più potente agente psicoattivo, inoltre contiene più di 350 componenti nel fumo, che è simile a quello di tabacco. Gli effetti indesiderati possono derivare da tutte queste componenti

PROVENIENZA: vegetale : Canapa indiana (Cannabis Sativa)

FORME DI PRESENTAZIONE:

Marijuana: foglie e fiori della Cannabis Sativa;

Hashish: resina essiccata e compressa in "pani";

Olio di Hashish;

"Scaf" : si prepara immergendo una sfera di marijuana pressata in un bagno d'olio di hashish, quando è asciutta si taglia in striscioline (trinciato) che vengono fumate

MODALITA' DI ESPOSIZIONE: inalazione di fumo (joints o spinelli o anche combinato con 'crack'), orale (in cibi o bevande, the), endovenosa

PRINCIPIO ATTIVO : Delta 9 – Tetraidrocannabinolo (THC).

MECCANISMO DI AZIONE: sono altamente liposolubili ed entrano nel cervello entro alcuni minuti dall'inalazione del fumo di uno 'spinello' e entro un'ora dall'ingestione orale. A livello cerebrale il THC interagisce con i recettori endogeni dei cannabinoidi, i cui ligandi naturali sono gli endocannabinoidi. Questi modulano l'attività dei sistemi cerebrali coinvolti nel tono dell'umore, nella memoria e nelle funzioni cognitive, nel controllo motorio, nel dolore , nell'attività endocrina e cardiovascolare e in altre funzioni vitali. Il THC distrugge tutti questi sistemi, distribuendosi in tutto il cervello, e la sua eliminazione è estremamente lenta.

TEMPO DI EMIVITA: urinario 36 – 48 ore

METABOLISMO: Assorbimento rapido attraverso il circolo polmonare. Entro 1 ora dall'ingestione orale.

METABOLITI ATTIVI: no

ESCREZIONE : eliminazione renale . I metaboliti sono rilevati nelle urine fino a 5 gg dopo in caso di uso moderato, 10 gg se elevato, 15 gg negli abusi cronici.

PRINCIPALI EFFETTI : azione stimolante, sedativa o allucinogena, a seconda della dose e del tempo trascorso dal consumo. Se la marijuana viene fumata l'effetto inizia immediatamente dopo che entra nel cervello e dura da 1 a 3 ore. Se viene consumata nel cibo o nelle bevande gli effetti a breve termine iniziano più lentamente, da mezz'ora a 1 ora e durano almeno 4 ore.

Compromissione funzioni cognitive e mnemoniche

Compromissione capacità psicomotorie
Effetti psichiatrici
Effetti cardiovascolari

EFFETTI MENO FREQUENTI: salmonellosi e aspergilloso polmonare da uso di marijuana contaminata

DOSE TOSSICA: la tossicità è dose correlata, con grande varietà di risposta individuale, influenzata in parte dalle precedenti esperienze di assunzione e dal grado di tolleranza. Una sigaretta di marijuana normalmente contiene 0,5 – 3 % di THC (le varietà più forti ne contengono fino a 15 %)

L'hashish contiene da 3 a 10 % di THC

L'olio di hashish può contenere dal 20 al 50 % di THC

QUADRO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA : Effetti dose e tempo correlati

EFFETTI COMPORTAMENTALI E PSICHIATRICI : rilassamento, euforia, empatia entro 5 minuti dal consumo di una sigaretta di marijuana; alterazioni percettive visive e uditive, disinibizione, ilarità, alterazione della capacità cognitiva e della capacità di giudizio, allucinazioni, psicosi paranoica acuta (entro 15 – 20 minuti) per alte dosi; sonnolenza (entro 120 minuti).

EFFETTI CARDIOVASCOLARI: tachicardia, ipotensione ortostatica, iperemia congiuntivale.

EFFETTI NEUROLOGICI: tremore, incoordinazione, atassia.

PER USO EV di 'scaf': dispnea, dolore addominale, febbre, shock, CID, insufficienza renale acuta.

Alte dosi di marijuana danneggiano la capacità di ricordare gli eventi. Inoltre il THC legandosi ai recettori nel cervelletto e nei gangli basali altera l'equilibrio, la postura, la coordinazione e il tempo di reazione. Attraverso questi effetti la marijuana può causare incidenti.

QUADRO CLINICO DELL'INTOSSICAZIONE CRONICA : deficit cognitivi persistenti, ideazione paranoide, depressione, ideazione suicida; aumentato rischio di bronchiti, enfisema; aumento dell'incidenza di carcinomi di orofaringe, epitelio nasale, laringe e polmone; rischio cardiovascolare

TOLLERANZA: sì. La tolleranza favorisce un aumento della dose o della frequenza d'uso. E' stata dimostrata una sindrome da astinenza da Cannabis, caratterizzata da agitazione, ansia, disforia, irritabilità, aggressività, insonnia, tremori, iperreflessia.

DIPENDENZA : sì

ANTIDOTO: non esiste alcun antidoto specifico

SCHEDA SINOTTICA: COCAINA

GRUPPO SOSTANZE DI RIFERIMENTO: STIMOLANTI

SOSTANZE CORRELATE: COCAINA / E : cocaina addizionata con sostanze di taglio, alcune attive (amfetamina, metamphetamine, metaefedrina, ketamina, caffeina, lidocaina, procaina, atropina) altre inerti (mannite, bicarbonato di sodio, amido, saccarosio, lattosio).

PROVENIENZA: alcaloide naturale di origine vegetale (foglie della pianta *Erythroxylon coca*).

FORME DI PRESENTAZIONE: cocaina cloridrato (polvere); base libera ottenuta a partire dal cloridrato per alcalinizzazione ed estrazione con solventi organici; 'crack' (cristalli) ; 'speed' (cocaina + eroina).

MODALITA' DI ESPOSIZIONE: nasale (sniffing), orale, endovena , inalazione di fumo ('crack'), body packers/stuffers.

PRINCIPIO ATTIVO: cocaina.

MECCANISMO DI AZIONE: stimolazione del SNC, inibizione del re-uptake neuronale delle amine simpatico – mimetiche (noradrenalina, dopamina, serotonina), verosimile blocco dei canali del sodio a livello cardiaco.

INSORGENZA EFFETTO : sniffing : inizio effetto 3- 5 minuti e picco fra 20 e 120 minuti; inalazione di fumo: inizio effetto entro pochi secondi e picco in 3 – 5 minuti; endovena: inizio effetto 30 – 45 secondi.

TEMPO DI EMIVITA : emivita plasmatica breve: 1 ora se assunta per via venosa, 1 ora e 15 minuti se assunta per via nasale.

METABOLISMO: metabolizzata dalle colinesterasi plasmatiche ed epatiche con formazione di benzoilecgonina e ecgonina metilestere.

METABOLITI TOSSICI : cocaetilene nella intossicazione mista cocaina + alcool con effetto cardiottossico sinergico e superiore rispetto alla cocaina stessa (per emivita plasmatica maggiore).

ESCREZIONE : renale . La benzoilecgonina è dosabile normalmente fino a 72 ore nelle urine (max 5 gg).

PRINCIPALI EFFETTI : effetto simpaticomimetico generalizzato a carico di :
APPARATO CARDIOVASCOLARE
SNC

DOSE TOSSICA: dipende dalla tolleranza individuale, dalla via di somministrazione, dalla presenza di altri farmaci o droghe. Una dose di cocaina da sniffare può contenere da 20–30 fino a 100 mg. Il crack è venduto in pillole o 'rocks' che contengono 100–150 mg di principio attivo. L'ingestione di oltre 1 g di cocaina è pericolosa.

QUADRO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA

SNC: convulsioni generalizzate, midriasi, cefalea, emicrania, accidenti cerebrovascolari ischemici ed emorragici, ipertermia, coma

COMPORTAMENTALI E PSICHIATRICI: euforia, ansia, sopravvalutazione della capacità di performance, riduzione della capacità di giudizio, paranoia, stato confusionale acuto, psicosi tossica

CARDIOVASCOLARI: tachicardia sinusale, aritmie sopraventricolari o ventricolari, ipertensione arteriosa, dissezione aortica, dolore toracico, infarto miocardico acuto (a patologia multifattoriale: vasospasmo coronarico e trombosi coronarica in situ) → la toracalgia può non essere presente anche per effetto della poliassunzione di altre sostanze (azione antalgica di cocaina e etanolo per es) → importanza dei markers di necrosi miocardica

RESPIRATORI: tosse, dispnea, barotrauma (secondario all'uso della manovra di Valsalva negli sniffatori per aumentare a livello alveolare la penetrazione della cocaina) con PNX, pneumomediastino e pneumopericardio, edema polmonare acuto non cardiogeno, emottisi, bronchiti, espettorazione carbonacea, ipertensione polmonare, infarto polmonare, alveolite emorragica secondaria a sniffing. Crack lung nei fumatori di crack: febbre, dispnea, tosse, broncospasmo, emottisi, ipossiemia, insufficienza respiratoria

GASTROENTERICI: ischemia, necrosi e perforazione intestinale (nell'assunzione per via orale), epatopatia tossica acuta (da cocaetilene)

MUSCOLARI: rabdomiolisi

RENALI: insufficienza renale acuta

EMATICI: Coagulopatia e insufficienza multiorgano

ALTRI EFFETTI: crack eye, sinusiti

CUTE: l'iniezione accidentale sottocute può provocare ulcere necrotiche ('ustioni da cocaina')

L'assunzione di etanolo in associazione con la cocaina non solo ne prolunga e ne potenzia l'effetto euforizzante ('high'), ma produce anche un'aumentata sensazione di benessere ('feel good'). Inoltre l'etanolo attenua lo stato disforico ('crash') generalmente correlato con l'astinenza acuta da cocaina

VA RICORDATO CHE LA PRESENZA DI SOSTANZE ATTIVE DI TAGLIO PUO' ESITARE IN QUADRI CLINICI NON TIPICI DELL'ASSUNZIONE DI COCAINA.

QUADRO CLINICO DELL'INTOSSICAZIONE CRONICA: Effetti a lungo termine dell'intossicazione da cocaina: dipendenza, disturbi dell'umore, irrequietezza, paranoia, allucinazioni uditive

TOLLERANZA: si, anche se scarsa

DIPENDENZA: si

ANTIDOTO: non esistono antidoti specifici

NOTE: Uso di cocaina in gravidanza: aumentata incidenza di parto prematuro, aborto spontaneo, distacco di placenta e ritardo di crescita fetale, effetti teratogeni. Possibilità di segni di astinenza alla nascita entro 24 – 72 ore. L'assunzione durante l'allattamento può causare effetti tossici nel neonato

SCHEDA SINOTTICA: ECSTASY

GRUPPO SOSTANZE DI RIFERIMENTO: ANFETAMINE ALLUCINOGENE

SOSTANZE CORRELATE: attualmente sono riconosciute più di 50 anfetamine allucinogene. Ne elenchiamo alcune: MDMA, MDA; MDEA, 2CB, 2CT7, PMA, PPP, MPPP, MPHP, MOPPP, MDPPP. In realtà sono senz'altro molto più numerose, perché sintetizzate facilmente al computer in tante varianti (designer drugs) ed identificate con difficoltà dai laboratori. Queste sono principalmente due gruppi: le simil-ecstasy e le super-ecstasy. Delle prime fanno parte l'Mde e l'Mbdb, molto simili all'ecstasy negli effetti, ma anche la famosa "herbal ecstasy", associazione di efedrina, cola, guaranà e ginseng, che viene considerata a torto meno tossica perché "naturale". Delle superecstasy invece fanno parte sostanze ben più potenti della capostipite, con rilievo anche di intossicazioni letali (2CB, 4-Mta). Infine si ricorda che la sostanza denominata "ecstasy liquida" è in realtà il GHB, chimicamente non correlato a queste anfetamine, ma usato anch'esso come sostanza di abuso (vedi scheda sinottica)

PROVENIENZA: sostanza sintetizzata in laboratorio nel 1913, a scopo anoressizzante, ma mai commercializzata

FORME DI PRESENTAZIONE: cristalli, polvere, tavolette e compresse (dalle forme più svariate, colorate e siglate: ne sono state finora contati almeno 930 tipi diversi!). Quest'ultime contengono da 50 mg a 110 mg di principio attivo

MODALITA' DI ESPOSIZIONE: orale (la più frequente), parenterale, sniffing, smoking.

PRINCIPIO ATTIVO: 3,4-metilendiossimeilanfetamina (MDMA)

METABOLITI ATTIVI : MDA, DHMA, 6-OHMDMA, tutti neurotossici

PRODOTTO COMMERCIALE: non esiste

NOME DEL PRODOTTO DA ABUSO: con la denominazione "ecstasy" vengono attualmente indicate molte sostanze, non necessariamente correlate chimicamente con l'anfetamina MDMA. I termini da strada sono i più vari e strani (da "Molly" a "Popeye", "Fred Flinstone", "Kermitt", "Starlight", "Love Drug", "Eve", ect) e dipendono soprattutto dalla nazione dove si commercializzano e consumano.

MECCANISMO DI AZIONE: Stimola il SNC e aumenta il tono simpatico centrale e periferico in quanto strutturalmente simili alle catecolamine endogene

DISTRIBUZIONE: non ancora ben precisata, presumibilmente ampia

INSORGENZA EFFETTO: per via orale (a stomaco vuoto) da 30 a 45 secondi insorge una fase che dura 15 – 30 minuti con senso di estrema vivacità e senso di felicità; segue un periodo fino a 3 ore di movimenti rallentati e ripetitivi. Dopo le 3 ore arriva la fase del down con ansietà, depressione, che può durare anche diversi giorni

TEMPO DI EMIVITA: diverso a seconda delle sostanze e del pH urinario: minore se acido, maggiore se alcalino.

METABOLISMO: epatico **ESCREZIONE:** urinaria, per il 75 – 80% immodificata.

MINIMA DOSE TOSSICA: dipende dalla sostanza: MDMA: da 50 mg a 150 mg.

DOSE LETALE: non precisabile, riportati decessi anche per l'ingestione di una sola compressa da 50 mg.

PRINCIPALI EFFETTI: nella prima fase, detta UP, effetto euforizzante, con sensazione di "contatto positivo con il mondo"; quindi effetto psichedelico e allucinogeno.

Al termine di questa fase si presenta la stanchezza, apatia, depressione e irritabilità (DOWN). Sono frequenti anche le crisi di panico e di paranoia, anche molte ore dopo il consumo.

EFFETTI MENO FREQUENTI: nausea, vomito, convulsioni.

QUADRO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA

SNC: EFFETTI NEUROLOGICI: midriasi (con riflesso oculomotore conservato – diagnosi differenziale con sindrome anticolinergica, senza riflesso) Tremori, movimenti muscolari involontari e scoordinati, ipertono muscolare, iperreflessia, convulsioni, coma. Sono stati osservati anche mioclonie, rigidità, opistotono, acinesia e rabdomiolisi.

EFFETTI COMPORTAMENTALI E PSICHIATRICI: agitazione psicomotoria, ansietà, forte emotività, confusione, vertigini, iperattività, delirio, paranoia, allucinazioni.

CARDIOVASCOLARI: tachicardia sinusale e ipertensione arteriosa sono i più comuni. Possibili, nelle intossicazioni più gravi, aritmie, ischemia miocardica e dissezione aortica, arresto cardiaco.

RESPIRATORI: tachipnea, iperpnea, edema polmonare non cardiogenico e ARDS.

EPATO-GASTROINTESTINALI: addominalgia, vomito, diarrea sono comuni. Sono state riportati casi di emorragia gastrointestinale e di grave danno epatico, per tossicità diretta e secondario alla rabdomiolisi.

APPARATO URINARIO: insufficienza renale acuta, secondaria alla disidratazione e alla rabdomiolisi.

CUTE: caratteristicamente pallida, sudata e con piloerezione.

FETO: malformazioni cardiovascolari e muscoloscheletriche.

SANGUE: coagulopatia, trombocitopenia, CID.

EFFETTI METABOLICI: iponatriemia, ipercalcemia e disidratazione.

QUADRO CLINICO DELL'INTOSSICAZIONE CRONICA:

Sono frequenti (per la deplezione della serotonina e forse anche per la degenerazione delle sue terminazioni) le patologie psichiatriche, i deficit cognitivi e mnesici. I quadri organici sono caratterizzati da frequenti infezioni, consistente calo di peso, patologie cardiologiche, colite ischemica nei casi più gravi.

TOLLERANZA: si (insorge facilmente dopo poche settimane di abuso).

DIPENDENZA : si, sia psicologica (Craving), sia fisica.

SINDROME ASTINENZIALE: eccessiva affaticabilità, ipersonnia, depressione.

ANTIDOTO: non disponibile.

NOTE: l'ecstasy non viene quasi mai assunta da sola, ma sempre associata ad altre sostanze di abuso (alcol, cocaina, Lsd, ketamina, GHB, ed altre) per cui il quadro di presentazione può variare sensibilmente.

SCHEDA SINOTTICA: GHB

GRUPPO SOSTANZE DI RIFERIMENTO: ANESTETICI GENERALI

SOSTANZE CORRELATE: - gamma-butilrolactone (GBL), precursore di sintesi di GHB, che procura intossicazioni simili al GHB;
- 1,4-butanediolo (BD), che si trova in alcuni prodotti naturali, produce intossicazioni simili al GHB e si trova facilmente in vendita su Internet.

PROVENIENZA: prodotto di sintesi.

FORME DI PRESENTAZIONE: liquida, polvere.

MODALITA' DI ESPOSIZIONE: orale, endovenosa.

PRINCIPIO ATTIVO: acido gamma-idrossibutirrico.

METABOLITI ATTIVI : non ne possiede.

PRODOTTO COMMERCIALE: In Italia Alcover sciroppo.

NOME DEL PRODOTTO DA ABUSO: sono tantissimi i termini ad indicare questo gruppo di sostanze: da "soap", "fantasy", "everclear", etc. Fra i più usati quello di "ecstasy liquida", pur essendo non chimicamente correlato ad essa. E' chiamata anche "rape drug" – "droga da stupro" per il profondo effetto amnesico.

MECCANISMO DI AZIONE: Gli effetti sono dovuti alla depressione di tutto l'asse cerebro-spinale, oltre che da un'azione diretta sul midollo spinale e sulla giunzione neuromuscolare. A tutt'oggi non si conosce l'esatto meccanismo del GHB che è correlato strutturalmente al GABA ed è, in condizioni fisiologiche, prodotto a livello delle cellule del SNC.

DISTRIBUZIONE: la distribuzione ai tessuti avviene in 15 – 45 minuti. Oltrepassa agevolmente la barriera emato-encefalica così come quella placentare, anche se non sembra avere effetti sul feto.

INSORGENZA EFFETTO:

- per via orale da 15 a 30 minuti
- per via endovenosa da 2 a 15 minuti

N.B. Se il GHB viene assunto insieme all'alcool etilico, l'insorgenza dei suoi effetti è ritardata (8 ore o più), per un meccanismo di competizione enzimatica.

TEMPO DI EMIVITA: 35 minuti.

METABOLISMO: ossidato a semialdeide succinica (SSA), a sua volta trasformata in succinato.

ESCREZIONE: renale, solo per il 2% non ossidato a SSA; anche respiratoria dopo trasformazione in anidride carbonica.

DOSE ANESTETICA: da 50 mg a 70 mg/Kg.

DOSE TERAPEUTICA PER ASTINENZA DA ALCOOL ETILICO: DA 50 A 100 MG/Kg/die in 3 somministrazioni orali.

MINIMA DOSE TOSSICA: 5 gr assunti per via orale o 20 -> 70 mg/Kg per via endovenosa causano depressione del SNC.

DOSE LETALE: fino ad ora non definita con precisione, in quanto i decessi osservati finora sono stati dovuti alle complicanze della depressione respiratoria, al contemporaneo utilizzo dell'alcool etilico e a traumatismi occorsi per la perdita di conoscenza durante l'intossicazione acuta.

PRINCIPALI EFFETTI: - gli effetti sono dose-dipendenti: pur essendo stato sintetizzato come anestetico generale è attualmente utilizzato come euforizzante e ipnotico, oltre che come stimolatore dell'ormone della crescita (GH), sempre illegalmente.

EFFETTI MENO FREQUENTI: convulsioni, allucinazioni, discinesia.

QUADRO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA

SNC: effetto depressivo dose-correlato: amnesia e ipotonia (10 mg/Kg), sonnolenza, vertigini, (da 20 a 30 mg/Kg); coma (da 50 a 70 mg/Kg). Descritti cefalea, confusione, atassia, movimenti incontrollati. Caratteristica l'ipotermia e la sudorazione, così come l'ipotonia muscolare.

COMPORIMENTALI E PSICHIATRICI: stato mentale alterato, delirio.

CARDIOVASCOLARI: bradicardia, ipotensione ortostatica. Moderata ipertensione nell'uso intravenoso. Sono peraltro riferiti casi di fibrillazione atriale, BBDX, BAV di 1° grado, arresto cardiaco.

RESPIRATORI: bradipnea, apnea e depressione fino all'arresto respiratorio, in relazione alla dose assunta. Spesso sono state osservate polmoniti ab ingestis.

GASTROINTESTINALI: nausea, vomito, ipersalivazione.

QUADRO CLINICO DELL'INTOSSICAZIONE CRONICA: psicosi con allucinazioni visive e uditive.

TOLLERANZA: si, documentata negli utilizzatori cronici.

DIPENDENZA : si, documentata negli utilizzatori cronici.

ANTIDOTO: non disponibile.

NOTE:

In Internet sono facilmente acquistabili kit per la produzione domestica del GHB, a costi non elevati.

SCHEDA SINOTTICA: KETAMINA

GRUPPO SOSTANZE DI RIFERIMENTO: ANESTETICI GENERALI

SOSTANZE CORRELATE: - strutturalmente alla fenciclidina strutturalmente alla tiletamina cloridrato (nome commerciale TELAZOL), prodotto usato in veterinaria insieme a benzodiazepine per l'anestesia generale. E' da tempo nota anch'essa come sostanza di abuso, soprattutto fra i lavoratori dell'ambiente veterinario.

PROVENIENZA: sintetica.

FORME DI PRESENTAZIONE: liquida, cristalli, polvere, tavolette (spesso identiche a quelle dell'ecstasy).

MODALITA' DI ESPOSIZIONE: in anestesia l'utilizzo è intravenoso e intramuscolare; come sostanza di strada soprattutto orale e inalatorio, sia come sniffing che come fumo. Viene facilmente sciolta, se in polvere, in bevande di qualunque genere, non lasciando nessun gusto specifico (abuso involontario).

PRINCIPIO ATTIVO: ketamina cloridrato.

METABOLITI ATTIVI : nor-ketamina (attivo per un terzo rispetto alla ketamina) come metabolita principale; deidronorketamina, sulla quale si è incerti se realmente metabolita o artefatto alla ricerca cromatografia.

PRODOTTO COMMERCIALE: Ketalar – Ketaject fiale da 10 mg/ml, 50 mg/ml e 100 mg/ml.

NOME DEL PRODOTTO DA ABUSO: la ketamina da strada possiede molte definizioni, così come anche in rete: K, vitamina k, super k, special k, Jet, mauve, ed altre.

MECCANISMO DI AZIONE: aumenta il livello delle catecolamine circolanti, anche inibendone la ricaptazione sia a livello periferico che centrale.

DISTRIBUZIONE: prima al plasma e poi ai tessuti con un timing di 7 – 11 min. Passa facilmente sia la barriera ematoencefalica, ridistribuendosi poi perifericamente, sia la barriera placentare.

INSORGENZA EFFETTO:

- per via endovenosa dai 30 ai 40 secondi
- per via intramuscolare dai 3 ai 6 – 8 minuti

TEMPO DI EMIVITA: dalle 2 alle 4 ore.

METABOLISMO: epatico di primo passaggio se assunta per via orale e rettale. Può essere inibito dalla contemporanea assunzione di diazepam.

ESCREZIONE: renale, in forma di metaboliti coniugati.

DOSE ANESTETICA: 2 mg/Kg ev oppure da 5 a 10 mg/kg im.

MINIMA DOSE TOSSICA: fino ad ora non definita con precisione.

DOSE LETALE: fino ad ora non definita con precisione.

N.B. attualmente sono stati riportati dosaggi fra 900 e 1000 mg in caso di morte del paziente che aveva utilizzato questa sostanza. In caso di sovradosaggio accidentale è stata osservata una sedazione prolungata e una depressione respiratoria transitoria anche nel caso di notevoli percentuali di sovradosaggio (da 5 a 100 volte la dose anestetica). In caso di abuso, qualora sia occorsa la morte, la ketamina non era mai la sola sostanza riscontrata.

PRINCIPALI EFFETTI:

- come anestetico generale è caratterizzato da un'azione rapida e dall'induzione di anestesia profonda senza la perdita dei riflessi faringo-laringei. Non interferisce, alle dosi abituali anestesiolgiche, nel mantenimento del tono muscolare e nella stimolazione cardiorespiratoria. Sono stati peraltro documentati casi con sedazione importante e depressione respiratoria, oltre a numerose reazioni avverse, soprattutto nelle anestesie prolungate, che necessitano di rafforzamento delle quantità utilizzate. Pertanto l'utilizzo di tale sostanza è stato attualmente limitato alle sedazioni brevi per procedure clinico-diagnostiche;
- come sostanza "ricreativa" ha preso piede soprattutto per la rapidità di azione e per l'effetto combinato ipnotico-analgescico-amnesico con limitato effetto deprimente respiratorio. È molto nota negli Stati Uniti e in Inghilterra, dove è stata utilizzata come sostanza di abuso prima dai lavoratori in ambito sanitario e veterinario, successivamente ha preso piede nei rave, soprattutto fra gli adolescenti e i giovani adulti, che l'associano spesso ad altre sostanze. È gradita anche per la capacità di indurre analgesia e perdita di memoria senza però perdita di conoscenza. Difficilmente porta a morte se utilizzata come unica sostanza di abuso.

EFFETTI MENO FREQUENTI: nausea, vomito, convulsioni.

QUADRO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA:

SNC: NEUROLOGICI: vertigini, ipertono muscolare, nistagmo, midriasi.

COMPORAMENTALI E PSICHIATRICI: stato mentale alterato, ansia, elquio bulbare, confusione e allucinazioni, incubi a occhi aperti, sogni dai colori molti vividi, delirio. Sono tutti documentati sia nell'uso anestesiolgico che in quello ricreazionale.

CARDIOVASCOLARI: tachicardia sinusale transitoria, incremento transitorio della pressione arteriosa, aumento delle resistenze vascolari periferiche e polmonari, aumento transitorio della pressione polmonare centrale.

RESPIRATORI: bradipnea, apnea e depressione fino all'arresto respiratorio, anche se raro. La gravità del quadro è dose-dipendente e possiede un meccanismo molto simile a quello degli oppiacei. Aumenta consistentemente le secrezioni salivari e tracheo-bronchiali.

GASTROINTESTINALI: nausea, vomito.

FETO: depressione respiratoria.

QUADRO CLINICO DELL'INTOSSICAZIONE CRONICA:
epistassi e anosmia sono frequenti nei consumatori cronici che sniffano la ketamina.

TOLLERANZA: sì, ben documentata negli utilizzatori cronici.

DIPENDENZA : sì, sempre nei cronici.

ANTIDOTO: non disponibile.

SCHEDE SINOTTICA: LSD

GRUPPO SOSTANZE DI RIFERIMENTO: ALLUCINOGENI

SOSTANZE CORRELATE: mescalina, psilocibina, fenciclidina (PCP)

PROVENIENZA: derivato sintetico degli alcaloidi della segale cornuta.

FORME DI PRESENTAZIONE: compresse, polvere venduta in barrette o 'microdots' o in fogli di gelatina, oppure diluita in acqua e applicata su carta colorata. La forma più comune è 'Blotter acid': fogli di carta assorbente impregnata di LSD e suddivisa in piccoli quadrati che vengono leccati.

MODALITA' DI ESPOSIZIONE: orale.

PRINCIPIO ATTIVO: Dietilamide acido lisergico.

NOME DEL PRODOTTO DI ABUSO: acido, blotter, sugar, trip, Zen.

METABOLITI ATTIVI: no.

MECCANISMO DI AZIONE: azione sui recettori 5-HT alterando l'attività della serotonina in due regioni cerebrali: un'area che controlla l'umore, la cognizione e la percezione, e il locus ceruleus che riceve segnali sensoriali da tutte le aree corporee.

TEMPO DI EMIVITA: 2- 5 ore.

METABOLISMO: rapidamente assorbito per via orale, durata totale degli effetti circa 8/12 ore.

ESCREZIONE: renale.

PRINCIPALI EFFETTI: Gli effetti del 'viaggio' o trip' iniziano entro 30 – 90 minuti, raggiungono il picco in 2 – 4 ore e si riducono nell'arco di 12 ore.

EFFETTI EMOZIONALI: rapido passaggio da paura a euforia, esaltazione ipomaniacale.

EFFETTI PSICHEDELICI: aumentata capacità percettiva, alterazione e distorsione della percezione visiva uditiva e tattile ('trip'), alterazione del senso del tempo e dello spazio . Queste esperienze variano in base alla personalità , alla predisposizione emotiva e al fine ricercato dal consumatore.

EFFETTI SIMPATICOMIMETICI: sono dose correlati a carico del distretto cardiovascolare e del SNC (ipertensione arteriosa, tachicardia, capogiri, intorpidimento, tremori).

EFFETTI MENO FREQUENTI : diaforesi , bruxismo, piloerezione.

DOSE TOSSICA: La dose tossica varia a seconda delle circostanze. Gli effetti simpaticomimetici sono dose correlati. Dosi orali di soli 30 microgrammi possono produrre effetti che durano da 6 a 12 ore. Dose media usata: 50 – 100 microgrammi. Dosi da 0,5 a 2 microgrammi/Kg danno effetti entro pochi minuti.

QUADRO DELL'INTOSSICAZIONE ACUTA: nell'overdose acuta compaiono episodi di panico di lunga durata (> 24 ore) e segni di psicosi tossica.

INTOSSICAZIONE MEDIA – MODERATA:

1° fase ' bad trip': ansia, crisi di panico, paura della pazzia e della morte, perdita di controllo, pensieri bizzarri e spaventosi, paranoia.

2° fase: quando gli effetti acuti sono cessati si possono presentare improvvisi e ricorrenti 'flash backs' tardivi intermittenti.

Effetti simpaticomimetici dose correlati: ipertensione arteriosa, tachicardia, midriasi, diaforesi, salivazione, bruxismo, tremore, iperreflessia e febbre

INTOSSICAZIONE GRAVE : legata all'intensa stimolazione simpaticomimetica.

EFFETTI COMPORTAMENTALI E PSICHIATRICI : agitazione, ottundimento del sensorio.

EFFETTI NEUROLOGICI: iperreflessia, convulsioni, ipertermia grave.

EFFETTI CARDIOVASCOLARI: ipertensione arteriosa, aritmie cardiache.

VARI: rabdomiolisi, coagulopatia, insufficienza d'organo multipla.

EFFETTI A LUNGO TERMINE :

Psicosi persistente (anche dopo che il 'viaggio' è terminato) con cambiamenti rapidi di umore, dalla mania alla depressione, con allucinazioni e disturbi visivi. Questi effetti possono durare per anni.

'Flash backs ' (o HPPD: disturbo allucinogeno persistente della percezione): ricorrenze spontanee, ripetute e continue di distorsioni sensoriali, allucinazioni, disturbi visivi. Questo disturbo è persistente e in alcuni casi rimane immutato per anni, anche dopo che gli

individui hanno cessato il consumo della droga. Le cause di questi effetti , che in alcuni consumatori possono comparire anche dopo una singola assunzione, non sono note.

TOLLERANZA: si. I consumatori sviluppano rapidamente un alto grado di tolleranza: dopo un uso ripetuto necessitano di aumentare la dose per produrre gli stessi effetti.

DIPENDENZA : no.

ANTIDOTO: non esiste un antidoto specifico.

Allegato IV - Intervento d'urgenza su soggetti con alterazioni psichiche tali da costituire pericolo immediato.

Nel caso in cui la persona manifesti inequivocabilmente alterazioni psichiche tali da costituire pericolo immediato e conseguentemente da richiedere un'attivazione da parte di chiunque (e quindi tanto più da parte delle Forze dell'Ordine e del Corpo di Polizia Municipale) ancor prima che possano essere avviate procedure formali di ASO o TSO. In tal caso il ricorso alla forza da parte degli organi di cui sopra appare pienamente giustificato sulla base dell'art. 55 CPP (art. 1 del TULPS) [stato di necessità]. Potranno essere quindi utilizzati mezzi coercitivi al fine di trattenere il cittadino e consentire una valutazione medica che potrà essere compiuta da:

1) ambulanza medicalizzata, nel caso di cittadino sconosciuto ai servizi di salute mentale; il personale dell'ambulanza a sua volta, esperiti gli accertamenti medici preliminari (volti ad escludere

escludere grossolane patologie organiche, intossicazioni da droghe etc...) potrà se del caso attivare un Accertamento Sanitario Obbligatorio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale più vicino o in subordine presso il Servizio Psichiatrico Territoriale più vicino;

2) direttamente da parte del Servizio di Salute Mentale competente, nel caso si tratti di persona conosciuta al servizio stesso.

Durante gli orari notturni e festivi il ruolo dei Servizi Psichiatrici territoriali viene svolto dal servizio di guardia medica notturna e festiva.

Contestualmente alla valutazione medica devono essere avviate le procedure amministrative di Accertamento o Trattamento Sanitario Obbligatorio, nel caso il paziente non acconsenta alla visita o al trattamento.

Resta fermo il fatto che qualora il cittadino ammalato abbia compiuti fatti che si configurano come reati, l'iter normale di Polizia Giudiziaria seguirà il suo corso.

ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Questo istituto appare ben disciplinato dal punto 4.2. della Direttiva della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1457/89 che recita:

“L'ASO, istituto di carattere eccezionale, si configura come strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il fondato sospetto della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche, tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

Ai fini della emissione dell'ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le motivazioni che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento.

Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso di ospedale civile).

L'ASO per malattia mentale non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

[...]

Le Disposizioni sui TSO ed ASO del Giudice Tutelare Pretura di Bologna 3.11.1997 e la Disposizione operativa del Comando del Corpo di Polizia Municipale del Comune di Bologna del 10.11.1997, hanno chiarito che il ruolo del Corpo di Polizia Municipale non è

di mero accompagnamento e consegna ai sanitari, ma consiste nell'assicurare anche l'esecuzione dell'ASO stesso, dovendosi pertanto gli operatori di Polizia Municipale trattenere fino al termine dell'Accertamento.

In analogia con quanto previsto per i TSO alla ordinanza del Sindaco deve essere data esecuzione immediata, senza ritardo, e comunque non oltre le 48 ore⁸, termine oltre il quale dovrà essere eventualmente ripresentato il certificato di proposta.

Nel caso in cui il sanitario che richiede l'ASO ritenga che non sussistano condizioni di urgenza tali da giustificare l'uso di mezzi coercitivi importanti, come ad es. l'apertura forzata della porta di casa,

se tempestivamente informato dagli operatori di Polizia Municipale, potrà richiedere il rinvio della esecuzione dell'ASO ad altro momento più favorevole, sempre nei limiti temporali di validità sopra riportati.

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Ai sensi di legge un'ordinanza di TSO viene emessa dal Sindaco dietro presentazione di due certificazioni (proposta e convalida) presentate da medici. La proposta può essere redatta da qualsiasi medico abilitato alla professione, mentre la convalida può essere redatta solo da un medico dipendente dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera. La proposta deve contenere le seguenti informazioni:

- . Generalità del medico proponente. A tal fine si ritiene che per i dipendenti dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera sia sufficiente indicare (oltre a nome, cognome e data di nascita) il servizio di appartenenza ed il relativo numero di telefono, senza necessità di trascrivere elementi inerenti la privacy personale (indirizzo dell'abitazione, numero di telefono personale etc...); per tutti gli altri medici è necessario fornire indicazioni che garantiscano la rintracciabilità in tempi brevi (n. telefonico, indirizzo dell'ambulatorio, iscrizione all'Ordine dei Medici o Codice Regionale);
- . Generalità del paziente da sottoporre a TSO, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili; se questi elementi non sono disponibili occorre specificarlo;
- . Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in cui effettuare il TSO;
- . Descrizione sufficientemente dettagliata delle condizioni che soddisfano i tre requisiti di legge;
- . L'alterazione psichica deve essere tale da richiedere un urgente intervento terapeutico; a tale riguardo si rende necessario che la diagnosi sia integrata da una descrizione dei presupposti di necessità e gravità delle condizioni di salute;
- . L'esplicito rifiuto da parte dell'infermo dell'intervento terapeutico;
- . L'impossibilità di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.
- . Data ed ora;
- . Timbro e firma leggibile.

La convalida deve contenere gli stessi elementi: può essere tralasciata una descrizione dettagliata delle condizioni che soddisfano i requisiti di legge, limitandosi a richiamare e confermare quanto contenuto nella proposta del collega.

Entrambi i certificati devono essere redatti con grafia leggibile ed anche la firma deve essere leggibile e non sovrapposta al timbro.

Deve essere incoraggiata l'uniformazione delle modalità di redazione delle certificazioni, anche attraverso l'uso di moduli prestampati, che lascino comunque sufficiente spazio alla descrizione delle condizioni cliniche e degli elementi qualitativi che permettano al Sindaco

ed al Giudice Tutelare di esprimere giudizi documentati. I moduli di cui all'allegato 1 vengono ritenuti idonei.

Non viene ritenuto idoneo redigere proposta e convalida sullo stesso foglio.

I certificati, in triplice copia, devono essere consegnati alla Polizia Municipale direttamente da operatori sanitari o a mezzo agenzie di recapito veloce. In caso di estrema urgenza i certificati possono essere inviati a mezzo fax alla Polizia Municipale, e saranno fatti pervenire successivamente.

Durata della validità delle certificazioni e delle ordinanze

La legge 833/78 prevede che il Sindaco abbia 48 ore di tempo dal momento della convalida per emanare l'ordinanza di TSO o motivare la non emanazione della stessa e che l'ordinanza debba essere notificata tramite messo comunale al Giudice Tutelare entro 48 ore dal ricovero.

Sussistono nella pratica interpretazioni discordanti in merito alla durata dell'ordinanza sindacale, nel caso in cui non si riesca a rintracciare il paziente o in cui questi si sottragga alle cure in regime di TSO. Si ritiene che l'esatta temporizzazione sia la seguente:

- . Dal momento della convalida il Sindaco ha 48 ore di tempo per procedere ad emettere l'ordinanza o a non emetterla motivando la sua decisione;
- . Una volta emanata l'ordinanza questa deve essere eseguita immediatamente e comunque non oltre 48 ore; nel caso in cui il paziente sia irreperibile, trascorso tale termine dovrà essere eventualmente attivata una nuova procedura;
- . Dal momento in cui il paziente entra in reparto vengono computati i sette giorni di durata del trattamento e le 48 ore per dare comunicazione al Giudice Tutelare ai fini della convalida;
- . Il Giudice Tutelare ha a sua volta 48 ore per convalidare o meno il TSO; in caso di mancata convalida il Sindaco dispone l'immediata cessazione del trattamento stesso (in condizioni di degenza) ; in caso di avvenuta convalida questo prosegue fino alla sua scadenza naturale, salvo decadenza o allontanamento;
- . In caso di allontanamento dal reparto il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dà comunicazione al Sindaco, specificando se il trattamento deve essere ritenuto concluso o se il paziente sia da cercare e ricondurre in reparto.
- . Il paziente può rientrare in reparto senza nuova ordinanza fino allo scadere dei sette giorni dal suo primo ingresso, trascorso tale termine bisogna reimpostare una nuova procedura.

BIBLIOGRAFIA ALLEGATI

- CF Richards , RF Clark, T Holbrook, DB Hoyt : *The effect of cocaine and amphetamines on vital signs in trauma patients.* J Emerg Med. 1995 Jan-Feb;13(1):59-63
- TD Carrigan, H Field, RN Illingworth, P Gaffney, DW Hamer : *Toxicological screening in trauma.* J Accid Emerg Med. 2000 Jan;17(1):33-7
- R June, SE Aks, N Keys, M Wahl. : *Medical outcome of cocaine bodystuffers.* J Emerg. Med. 2000 Feb;18(2):221-4.
- MT Steele, EJ Westdorp, AG Garza, OJ Ma, DK Roberts, WA Watson : *Screening for stimulant use in adult emergency department seizure patients.* J Toxicol Clin Toxicol. 2000;38(6):609-13
- JR Richards : *Rhabdomyolysis and drugs of abuse.* J Emerg Med. 2000 Jul;19(1):51-6
- ToxACLS : *toxicologic-oriented advanced cardiac life support.* Ann Emerg Med aprile 2001
- Linee guida .*Rianimazione cardiopolmonare. Emergenze cardiovascolari* AHA 2002
- Harrison Principi di Medicina Interna .*Alcolismo e farmacodipendenza*
- Goodman e Gilman :*Le basi farmacologiche della terapia* Ed.2003
- Olson *Intossicazioni acute veleni farmaci e droghe*
- Manuale di ACLS AHA Ed. Italiana 2003
- Dopo una notte in discoteca .Problemi diagnostico terapeutici nella SCA da uso di cocaina.* Decidere in Medicina ottobre 2003
- GM Curran, G Sullivan, K Williams, X Han, K Collins, J Keys, KJ Kotrla : *Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders.* Ann Emerg. Med. 2003. May;41(5):659-67.
- A Fabbri, S Ruggeri, G Marchesini, A Randelli : *A combined HPLC-immunoenzymatic comprehensive screening for suspected drug poisoning in the emergency department.* Emerg Med J 2004;21:317–322. doi: 10.1136/emj.2003.012344
- HBA Wu, C McKay, LA Broussard, RS Hoffman, TC Kwong, TP Moyer, EM Otten, SL Welch, P Wax : *National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guidelines: Recommendations for the Use of Laboratory Tests to Support Poisoned Patients Who Present to the Emergency Department* Clinical Chemistry 49:3. 357–379 (2003)
- F Gonzalez-Martinez, S Navarro-Gutierrez, E Oliete-Ramirez, J Sanchez-Yepe, MR Ballester-Vidal, E Estevez-Rovira : *Stroke in young patients: a diagnostic challenge in the emergency room.* Eur J Emerg Med. 2004 Jun;11(3):178-80.
- S Macdonald, K Anglin-Bodrug, RE Mann, P Erickson, A Hathaway, M Chipman, M Rylett : *Injury risk associated with cannabis and cocaine use.* Drug Alcohol Depend. 2003 Nov A.
- W Zhou, PH Lin, RL Bush, L Nguyen, AB Lumsden : *Acute arterial thrombosis associated with cocaine abuse.* J Vasc Surg. 2004 Aug;40(2):291-5.
- A Fabbri, G. Marchesini, M. Dente, T. Iervese, M. Spada, A. Randelli : *A Positive Blood Alcohol Concentration Is the Main Predicto of Recurrent Motor Vehicle Crash.* Ann Emerg Med. 2005;46:161-167.
- Toxicology in ECC.* Circulation 2005
- Emergency Medicine Practice: Droghe di abuso :fornire le migliori cure basate sulle evidenze ai pz che ricorrono all'automedicazione.* Luglio 2005
- BM Booth, JE Weber, MA Walton, RM Cunningham, L Massey, CR Thrush, RF Maio. *Characteristics of cocaine users presenting to an emergency department chest pain observation unit.* Acad Emerg Med. 2005 Apr;12(4):329-37.
- C Tomaszewski, J Runge, M Gibbs, S Colucciello, M Price : *Evaluation of a rapid bedside toxicology screen in patients suspected of drug toxicity.* J Emerg Med. 2005 May;28(4):389-94.24;72(2):99-115.

M Levine, ME Iliescu, H Margellos-Anast, M Estarziau, DA Ansell : *The effects of cocaine and heroin use on intubation rates and hospital utilization in patients with acute asthma exacerbations*. Chest. 2005 Oct;128(4):1951-7

Dipartimento di salute mentale- Azienda USL Città di Bologna – Corpo di Polizia Municipale Comune di Bologna – Settore Socio-Sanitario Comune di Bologna : Documento congiunto in merito a : *PROCEDURE DI INTERVENTO RIGUARDANTI L'EFFETTUAZIONE DI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI.*,
Versione finale 01.02.2001

Azienda USL Città di Bologna - U.O.118 : *Istruzione Operativa EVENTI PSICHIATRICI (gestione preospedaliera dei pazienti di pertinenza psichiatrica:aspetti operativi) , 15.03.2004*

Composizione dei gruppi di lavoro

COORDINAMENTO REGIONALE:

MILA FERRI, EDOARDO POLIDORI, SANDRA DE PAOLIS, FRANCA FRANCA,
NICOLETTA BALDI

STAFF SCIENTIFICO:

EDOARDO POLIDORI, CLAUDIO RENZETTI, PIER PAOLO PANI, MAURIZIO COLETTI, TEN.
COL. UMBERTO ZULIANI

GRUPPO 1°: COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, PREVENZIONE

Coordinatori: VITTORIO SEVERI - DIRETTORE AREA SERV. SOC.LI COMUNE DI CESENA
MARCO BATTINI - COMUNITA' PAPA GIOVANNI 23° RE- COORDINATORE
RER UNITA' MOBILI

CRISTINA ADRAVANTI	CEIS L'ORIZZONTE PARMA
DANILA MONGARDI	CENTRO ACCOLGIENZA LA RUPE BOLOGNA
ANTONIO MOSTI	SERT AUSL PIACENZA
MATTEO GAGGI	COMUNE DI CESENA
MICHELE ZANI	PRESIDENTE COOP. LA CAROVANA
NANCY INOSTROZA	SPAZIO GIOVANI AUSL FORLI'
SERGIO ANSALONI	COMUNE DI MODENA
FINARELLI ALBA CAROLA	DIRIGENTE SERV. SANITA' PUBBLICA RER
SANDRA DE PAOLIS	CONSULENTE AREA TOSSICODIPENDENZE RER
MONICA BRANDOLI	COMUNE DI BOLOGNA
CRISTINA ALBERTAZZI	SPAZIO GIOVANI AUSL BOLOGNA
LUCA BENECCHI	COMUNE DI PARMA
LUCA FANTINI	COMUNE DI REGGIO EMILIA

GRUPPO 2°: IL SISTEMA DELLA CURA

Coordinatori: ANGELO FIORITTI - RESPONSABILE RER SERVIZIO SALUTE MENTALE E
ASSISTENZA SANITARIA NELLE CARCERI
ANNAMARIA FERRARI - PRIMARIO EMERGENZA URGENZA – AZ. OSP.
REGGIO EMILIA

ALESSANDRO DIONIGI	CEIS IL PETTIROSSO BOLOGNA
MONICA CIAVATTA	COMUNITA' CENTOFIORI RIMINI
EMANUELA RIDOLFI	COMUNITA' LAG VIGNOLA (MO)
DEANNA OLIVONI	SERT E CENTRO CRISI AUSL FAENZA (RA)
ROBERTO ZANFINI	SPDC RAVENNA

FANTOZZI FULVIO	SERT AUSL CARPI (MO)
GAMBINI DANIELE	RESPONSABILE PROGRAMMA DIPENDENZE AUSL BOLOGNA
STEFANO MELLINI	SERT AUSL BOLOGNA
BRUNO JARUSSI	MEDICO COORD. BOLOGNA SOCCORSO 118
COSIMO BICOCO	MEDICO COORD. BOLOGNA SOCCORSO 118
ANGELA ZANNINI	SERT AUSL REGGIO EMILIA
STEFANO MISTURA	DIRETTORE DSM AUSL PIACENZA
DANIELA CASALBONI	SERT AUSL RIMINI
CARLO LOCATELLI	TOSSICOLOGIA CLINICA DEL CENTRO ANTIVELENI DI PAVIA
LAURA BONFANTI	PS OSPEDALE PARMA
ANDREA FABBRI	PS OSPEDALE FORLI'
CHIARA PESCI	PS OSPEDALE RIMINI
ROBERTA GUARDIGLI	PS OSPEDALE RAVENNA
IVANA ZELE	PS OSPEDALE S.ORSOLA MALPIGHI BOLOGNA
DANIELE SIGHINOLFI	PS OSPEDALE FERRARA

GRUPPO 3°: LA RETE DEGLI ATTORI COINVOLTI

Coordinatori: UMBERTO NIZZOLI - DIRETTORE PROGRAMMA DIPENDENZE AUSL RE
 MICHELE SANZA - DIRETTORE PROGRAMMA DIPENDENZE AUSL CESENA

DONATELLA PERONI	CEIS LA RICERCA PIACENZA
PAOLA BIGI	LA QUERCIA – VILLETTA SVIZZERA SERT AUSL RE
MARIA CRISTINA COCCHI	DIRETTORE DISTRETTO PIANURA EST (BO)
PASQUALE COMMISSO	SERT AUSL MODENA
RAFFAELLA STRAZZARI	SERT AUSL BOLOGNA
LUISA GAROFANI	SERT AUSL FERRARA
GIAMPIERO MONTANARI	OSSERVATORIO SERT AUSL REGGIO EMILIA
PAOLO UGOLINI	OSSERVATORIO SERT AUSL CESENA
MAURA FORNI	PROVINCIA DI BOLOGNA
PAOLA MARMOCCHI	SPAZIO GIOVANI AUSL BOLOGNA

Si ringraziano tutti coloro che hanno dato il loro contributo per la realizzazione del presente documento.