

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

# Pazienti addicted ad Elevata Complessità Socio-Sanitaria (ECoSS): dall'approccio intuitivo alla definizione di criteri scientifici. Studio retrospettivo osservazionale su una popolazione di 1.003 pazienti

Enrico De Vivo, Marilu Foti, Manuela Mellano, Emanuele Bignamini\*

## SUMMARY

■ *An Addicted patients with High Social Health Complexity (ECoSS) represents the outcome of a therapeutic investment and basically no longer has the possibility of rehabilitation, committing resources of the care system for the duration of its life: an element to be considered in terms of planning. Given these considerations, several questions are posed. When is it possible to define an ECoSS patient? What is the prevalence of patients who can be defined ECoSS on the total of those in care? What specific characteristics do they have compared to non-ECoSS patients in treatment and to the general population? 1003 patients were examined in order to answer these questions.* ■

**Keywords:** *Addicted patients with High Social Health Complexity, ECoSS, Scientific criteria, Resources, Treatment.*

**Parole chiave:** *Pazienti addicted ad Elevata Complessità Socio-Sanitaria, ECoSS, Criteri scientifici, Risorse, Trattamento.*

## Premessa

L'addiction, definita "cronica e recidivante" dalla WHO, comporta, soprattutto quando protratta per anni, conseguenze importanti sulla condizione complessiva dell'individuo e ne determina il livello di salute generale e di funzionamento sociale, così come, in modo reciproco, le condizioni di salute di base e il livello di integrazione sociale di partenza possono influire sullo sviluppo e l'evoluzione dell'addiction.

Ci si riferisce qui all'insieme di condizioni mediche correlate all'uso di sostanze, come le patologie infettive, psichiatriche, neurologiche, cardiovascolari, dermatologiche, odontoiatriche, nutrizionali e di condizioni sociali correlate allo stile di vita dell'addicted, come l'insuccesso nel trovare o mantenere un lavoro, una casa e le relazioni sociali ed affettive necessarie per garantirsi un equilibrio psichico generale e una rete di supporto per le necessità sanitarie e quotidiane.

Questa ricorsività ha importanti ricadute su due aspetti che interessano i curanti: innanzitutto, incide negativamente sulla possibilità di gestire le diverse problematiche co-occorrenti in modo isolato e separatamente le une dalle altre e obbliga ad un approccio terapeutico globale, che richiede di valutare e trattare con-

temporaneamente problemi diversi con diversi approcci culturali e tecnici; inoltre, influisce sull'esito a lungo termine della patologia e del trattamento, contribuendo alla cronicizzazione di aspetti deficitari che perpetuano la necessità di cure e di assistenza.

Ovviamente, non tutti i pazienti hanno esiti difettuali e non tutti esitano in una condizione che richiede interventi continuativi lifetime da parte del sistema curante. Ma certamente alcuni pazienti cristallizzano nel tempo uno stato che richiede un impegno intensivo e, presentando problemi su vari fronti, coinvolge un numero rilevante di Servizi sanitari e sociali. Questi pazienti sono comunemente chiamati "multiproblematici" e hanno la caratteristica di "consumare" una quantità notevole di risorse sia di tempo sia finanziarie. Un paziente multiproblematico o, nella nostra definizione, ad "Elevata Complessità Socio-Sanitaria" (ECoSS), rappresenta l'esito conclusivo di un investimento terapeutico e, tendenzialmente, non ha più possibilità di riabilitazione, cosa che renderebbe temporaneo il suo stato; quindi, impegnerà risorse del sistema di cura per tutta la durata della sua vita, costituendo un elemento da considerare in termini di programmazione e investimento delle risorse.

A fronte di queste considerazioni, si pongono diverse questioni.

1. Quando è possibile definire un paziente ECoSS?
2. Qual è la prevalenza dei pazienti che possono essere definiti ECoSS sul totale di quelli in cura?

\* SC Dipendenze Nord, ASL Città di Torino.

3. Quali caratteristiche specifiche hanno e quali sono le differenze più importanti rispetto ai pazienti “non ECoSS” in cura e rispetto alla popolazione generale?

Successive questioni, in merito alla gestione dei pazienti complessi potranno essere considerate successivamente, come:

4. Quale impegno clinico ed economico comportano dal punto di vista assistenziale?

5. Quale organizzazione dei servizi sanitari e sociali sarebbe più vantaggiosa?

In questo studio, sono stati esaminati 1003 pazienti, allo scopo di rispondere alle prime tre domande.

## Addiction e complessità

Ancora oggi, i clinici presentano visioni diverse sull’eziopatogenesi dell’addiction, considerandola o un problema psicologico, o di vulnerabilità biologica, o di esposizione a particolari condizioni socioculturali. Numerosi studi sono stati condotti sulle caratteristiche genetiche o personologiche premorbuse degli addicted, con risultati per ora parziali. Le evidenze scientifiche che si stanno sviluppando indicano che l’addiction coinvolge contemporaneamente tutte le dimensioni dell’individuo: biologica, psicologica e socio-relazionale (1).

Sul piano biologico avvengono importanti cambiamenti nel reward system, nella memoria, nei circuiti del controllo inibitorio; sul piano psicologico si modifica il funzionamento affettivo, la capacità decisionale e l’ordine delle priorità motivazionali; sul piano sociale e relazionale si hanno conseguenze derivanti dalla compromissione dell’efficienza lavorativa, dall’impegno economico necessario per sostenere il consumo di sostanze, dall’esposizione a comportamenti rischiosi e ad attività illegali, dalla contrazione dei rapporti personali al mondo della droga. Vanno poi tenute presenti le possibili sovrapposizioni di patologie infettive o internistiche, dei disturbi psichiatrici indotti o a volte preesistenti, e delle influenze che ciascuna dimensione, biologica, psicologica e sociale, esercita sull’altra. Ad esempio, i problemi sociali possono aggravare i disturbi d’ansia e depressivi, il craving e le ricadute possono determinare una riduzione del senso di autoefficacia, gli errori di valutazione possono compromettere le scelte, il comportamento può danneggiare le relazioni significative, aumentando la conflittualità nel contesto e l’isolamento del paziente.

Considerazioni di tipo generale potrebbero ulteriormente essere fatte a partire dallo sviluppo recente, ma sempre più significativo, di ricerche in ambito epigenetico, neuroscientifico, neuroendocrinologico, per sostenere il profondo intreccio dei diversi aspetti della persona coinvolti nello sviluppo della condizione di *elevata complessità sociale e sanitaria* dell’addiction.

Diverse osservazioni empiriche sui casi clinici hanno fornito una spinta specifica al nostro studio, convergendo a determinare l’impressione generale che stessero avvenendo dei cambiamenti nei pazienti in ordine a:

- Cronicizzazione: lunga durata della patologia e delle cure, in diversi casi misurabile in decenni, senza apparente prospettiva di soluzione e senza peggioramenti critici.
- Invecchiamento: a fianco della durata del trattamento e alla sopravvivenza del paziente, si registra un aumento della età media dei pazienti in cura e un aumento della età massima.
- Esiti di patologie correlate: la lunga durata del trattamento consente di osservare l’esito anche di altre patologie quali quelle psichiatriche e infettivologiche, spesso con esito difettuale che lascia residui invalidanti.

- Adattamento e funzionamento sociale residuo: l’invecchiamento e gli esiti delle patologie rendono i pazienti sempre meno adatti a gestire autonomamente la loro vita e sempre più bisognosi di supporti continuativi.

- Sistemi familiari e sociali problematici: in alcuni casi la famiglia rappresenta una condizione problematica che peggiora la possibilità di cura e riabilitazione.

- Aumento dei costi assistenziali: i percorsi e le strutture terapeutiche e assistenziali tendono a selezionare i pazienti sulla base di necessità specifiche. La necessità d’interventi contemporanei per diverse necessità richiede l’impegno di quantità notevoli di risorse nella regia e nella interconnessione. Inoltre, spesso è inevitabile fare progetti “su misura”, che richiedono flessibilità ai fornitori di servizi (ad esempio, strutture convenzionate) e che quindi aumentano i costi relativi.

- Impegno organizzativo e relazionale/emotivo: la dipendenza dall’aiuto professionale, la conoscenza da lungo tempo del paziente e gli esiti invalidanti comportano un impegno non solo quantitativo, ma anche qualitativo da parte dei curanti, spesso partecipi da lungo tempo delle vicende di vita dei pazienti.

Questi elementi vengono richiamati per sostenere la necessità di affrontare in modo organizzato e metodico il problema della elevata complessità socio-sanitaria nei pazienti addicted, che pare in aumento (del resto, non è un problema diverso dall’emergere delle patologie dell’anziano conseguente all’aumento della durata della vita).

Ci siamo quindi proposti di definire i parametri con cui individuare i pazienti ECoSS per rilevarne la numerosità sul totale dei pazienti in trattamento. Riteniamo che questa categorizzazione possa essere utile per consentire un punto di composizione delle diverse prospettive dei Servizi specialistici sanitari, essere applicabile in tutte le condizioni di *care* e costituire un metodo per oggettivare il paziente ECoSS descrivendone chiaramente e in modo articolato le diverse problematiche, definendo quindi anche diversi livelli di gravità e complessità.

Si viene a costituire così, più che una nuova “etichetta” per i pazienti, una nuova prospettiva con cui si guarda la persona che viene descritta non in modo aneddotico, soggettivo o enumerativo, facendo una mera sommatoria di problemi, ma accedendo ad una diversa qualità dell’insieme del problema. In questa visione non cambia il paziente, ma il curante, che accede alla necessità di orientare il lavoro di assistenza *per problemi, per competenze, per potenza erogabile* e valorizza il senso sociale di assistere soggetti con queste caratteristiche.

## Strumenti e metodi

La letteratura è abbastanza scarsa di riferimenti utili. Il contributo più significativo nel campo dell’addiction e nel panorama italiano è l’adattamento italiano del set di strumenti denominato ICF-Dipendenze, sviluppato a partire dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF) dell’OMS (2).

La pubblicazione dell’ICF Dipendenze, avvenuta nel 2016, è giunta successivamente al nostro lavoro di analisi dei dati e di formulazione dei criteri diagnostici per definire i pazienti ECoSS, avviato nel 2009 e pubblicato per la prima volta nel 2010 (13). In effetti, anche a posteriori, l’impostazione dell’ICF pare maggiormente finalizzata, rispetto al nostro lavoro, a definire i bisogni assistenziali attuali del paziente focalizzandosi sugli aspetti quotidiani e concreti con l’obiettivo di migliorarne il piano assistenziale e la qualità di vita. Il nostro sforzo, come risulterà chia-

ro successivamente, è stato invece prevalentemente informato dalla necessità di riconoscere, attraverso criteri oggettivi, una tipologia di pazienti che emerge progressivamente dall'universo dei trattati, differenziandone le caratteristiche, il livello di gravità e prevedendo l'impegno di risorse organizzative e finanziarie che potranno assorbire. In modo derivato, definendo i criteri per la classificazione ECoSS, abbiamo cercato di individuare i "fattori di rischio" e di vulnerabilità per una progressiva problematizzazione del paziente.

## Costruzione del data base

La raccolta dei dati descrittivi della situazione dei pazienti si proponeva di ricercare un insieme di caratteristiche in grado di fornire una standardizzazione e un cut-off dei criteri fino a quel momento utilizzati per descrivere idiograficamente i cosiddetti "multiproblematici".

È stato preso in considerazione l'universo dei pazienti addicted in cura al momento dell'osservazione (2009-2012) presso un Servizio di Addiction Medicine in una città italiana, costituito da 1.003 soggetti.

Il Servizio opera in una città industriale del Nord Italia in quartieri con caratteristiche socioeconomiche diverse, che vanno dalla borghesia medio-alta di professionisti e imprenditori, a quartieri popolari e di immigrazione storica (anni '60) e recente. Le aree problematiche prese in esame sono state quelle considerate dagli strumenti diagnostici abitualmente utilizzati per l'assessment nelle dipendenze quali DSM, ASI, MATE (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9): le problematiche mediche, relazionali, il sostegno da parte del contesto, gli aspetti relativi al lavoro e all'autosufficienza economica e abitativa. Inoltre, sono stati raccolti dati relativi all'anagrafica del paziente, al livello di istruzione, alla condizione di dipendenza, al riconoscimento dell'invalidità civile e alla presenza di un istituto di protezione/tutela.

I dati sono stati rilevati su tutti i pazienti in trattamento, utilizzando sia le cartelle cliniche sia una **scheda di valutazione e raccolta dati** predefinita e prodotta **ad hoc** e sono stati standardizzati secondo riferimenti reperiti in letteratura.

## Validazione

Per ogni paziente è stata effettuata una intervista ai curanti (in genere, almeno due o tre operatori di professionalità diverse come medico, infermiere, assistente sociale, educatore professionale) per ricavare un loro "giudizio clinico globale" che indicasse la percezione del paziente come "multiproblematico". La popolazione studiata è quindi stata suddivisa, sulla base delle interviste effettuate, in due sotto popolazioni: multiproblematici e non-multiproblematici.

Ognuna delle sotto popolazioni è stata confrontata con il set di criteri definiti a priori per individuare la corrispondenza tra valutazione idiografica effettuata da professionisti esperti e che conoscevano bene il caso e set standardizzato preso in esame. In questo modo è stato individuato un cut-off che consentisse di distinguere le due sottopopolazioni attraverso i criteri standardizzati. È stato verificato che la sottopopolazione dei multiproblematici corrispondeva ad un livello di gravità dei criteri standardizzati (medio-grave) superiore a quello della sottopopolazione non-multiproblematica (lieve-assente): applicando in senso inverso la procedura, è stato verificato che un livello di gravità superiore

rilevato con i criteri standardizzati, corrispondeva alla valutazione clinica di paziente "multiproblematico".

A questo punto, i pazienti multiproblematici sono stati ridefiniti ad "Elevata Complessità SocioSanitaria" (ECoSS) e sono stati formalizzati i criteri per la loro tipizzazione.

Ciò consente di definire il paziente multiproblematico/ECoSS non più attraverso criteri idiografici o empirici, ma sulla base di un set di elementi descrittivi standardizzati in grado anche di individuare, nella descrizione, le aree di specifica problematicità.

## Set di criteri utilizzati e loro riferimenti standardizzati

I criteri utilizzati per la standardizzazione della categoria ECoSS sono stati i seguenti:

1. Compromissione fisica, rilevata tramite l'indice di Karnofsky.
2. Compromissione funzionale e sociale, rilevata tramite scala FPS (derivata dalla scala VGF presente nel DMS-IV tR).
3. Problemi sanitari di tipo cronico oltre la tossicodipendenza, rilevati dalla documentazione presente in cartella clinica (standard: SI/NO).
4. Reddito non sufficiente all'automantenimento. Il criterio relativo al "reddito non autosufficiente" fa riferimento ai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (14), considerati come i maggiormente realistici in relazione all'automantenimento, in quanto definiti a posteriori e non correlati alle risorse disponibili da parte degli Enti gestori dell'assistenza. Da questi dati emerge che la soglia di povertà relativa<sup>1</sup> per famiglie con due componenti è pari a 1.011,03 euro mensili e che la soglia (mensile) di povertà assoluta<sup>b</sup> per un componente tra i 18 e i 59 anni nel 2011 nel Nord Italia è pari a 784,49 euro nelle aree metropolitane e 746,75 euro nei grandi comuni; pertanto queste cifre è stata assunta come riferimento minimo per l'autosufficienza.
5. Abitazione assente o impropria/inabitabile. Ci si è riferiti al Regolamento Locale di Igiene Tipo, Titolo III, della Regione Lombardia, che definisce un alloggio inabitabile quando "presenta uno o più dei seguenti requisiti:
  - condizioni di degrado tali da pregiudicare l'incolumità degli occupanti;
  - alloggio improprio (soffitta, seminterrato, rustico, box);
  - mancanza di un sistema di riscaldamento;
  - mancanza di disponibilità di acqua potabile, servizi igienici o servizio cucina"<sup>b</sup>.
6. Assenza o insufficienza rete primaria e/o secondaria formale o famiglia problematica. Per il criterio relativo all'assenza o insufficienza delle reti di sostegno, si è considerato che le reti primarie<sup>b</sup> sono costituite dai legami famigliari e quelle secondarie formali<sup>b</sup> sono rappresentate dalle istituzioni che formano il sistema di *welfare*. Per famiglia problematica si intende quel tipo di famiglia che "presenta caratteristiche strutturali, organizzative e relazionali deboli, inadeguate o conflittuali che si ripercuotono negativamente sui suoi membri e sulle capacità di svolgere le funzioni sociali attribuitele tanto da richiedere un intervento sociale"<sup>c</sup>.

## Il riconoscimento del paziente ECoSS

Abbiamo riscontrato, dal confronto tra il giudizio clinico e l'applicazione del set di criteri standardizzati che nei pazienti mul-

tiproblematici/ECOSS era sempre presente un livello medio-grave di compromissione fisica o funzionale.

Abbiamo quindi definito che il criterio della *compromissione fisica e/o funzionale* dovesse essere sempre obbligatoriamente presente perché il paziente potesse rientrare nella categoria ECOSS (criterio maggiore o fondamentale) (13).

Degli altri criteri considerati (reddito, abitazione, rete di supporto) almeno uno era sempre presente nei pazienti considerati "multiproblematici". Abbiamo quindi considerato che fosse indispensabile la presenza di almeno uno di questi tre criteri, in modo intercambiabile. Pertanto, sono stati definiti criteri complementari. Ad esempio, un paziente con compromissione grave di tipo funzionale o fisica, ma con un reddito adeguato, una abitazione idonea e una rete di supporto valida, non rappresenta una situazione ad elevata complessità sociosanitaria, avendo sì un serio problema di salute, ma anche le risorse personali e ambientali per poterlo affrontare senza uno specifico investimento da parte dei Servizi pubblici. Viceversa, la presenza di problemi anche in una sola delle aree individuate, richiede un intervento multidisciplinare e multiservizi, introducendo una complessità specifica.

Ovviamente, la presenza di due o di tutti e tre i criteri complementari indica una maggiore gravità del caso.

In sintesi, il paziente ECOSS deve presentare:

- un grado di compromissione funzionale o fisica almeno medio o grave;
- più un livello di insufficienza in almeno uno dei tre criteri complementari (reddito, abitazione, rete di supporto).

Inoltre, ai fini della valutazione della gravità complessiva, abbiamo considerato un ulteriore elemento, riferito alla presenza o meno di una ulteriore patologia cronica associata alla dipendenza. Questo criterio (accessorio) non è considerato diagnostico per ECOSS, ma solo indicatore di gravità, in quanto la sua presenza è frequente nei pazienti tossicodipendenti (come patologia correlata o conseguente), ma associata al solo criterio maggiore e in assenza dei criteri complementari non determina una specifica problematicità nel trattamento del paziente. Ad esempio, una epatite virale cronica associata alla tossicodipendenza, in assenza dei criteri per la definizione ECOSS non configura una condizione di "multiproblematicità": il paziente sarà in cura per la dipendenza e per la patologia infettiva senza particolari complessità.

Nella Figura 1 e 2 seguenti, sono riassunti i criteri proposti per i pazienti ECOSS.

Fig. 1

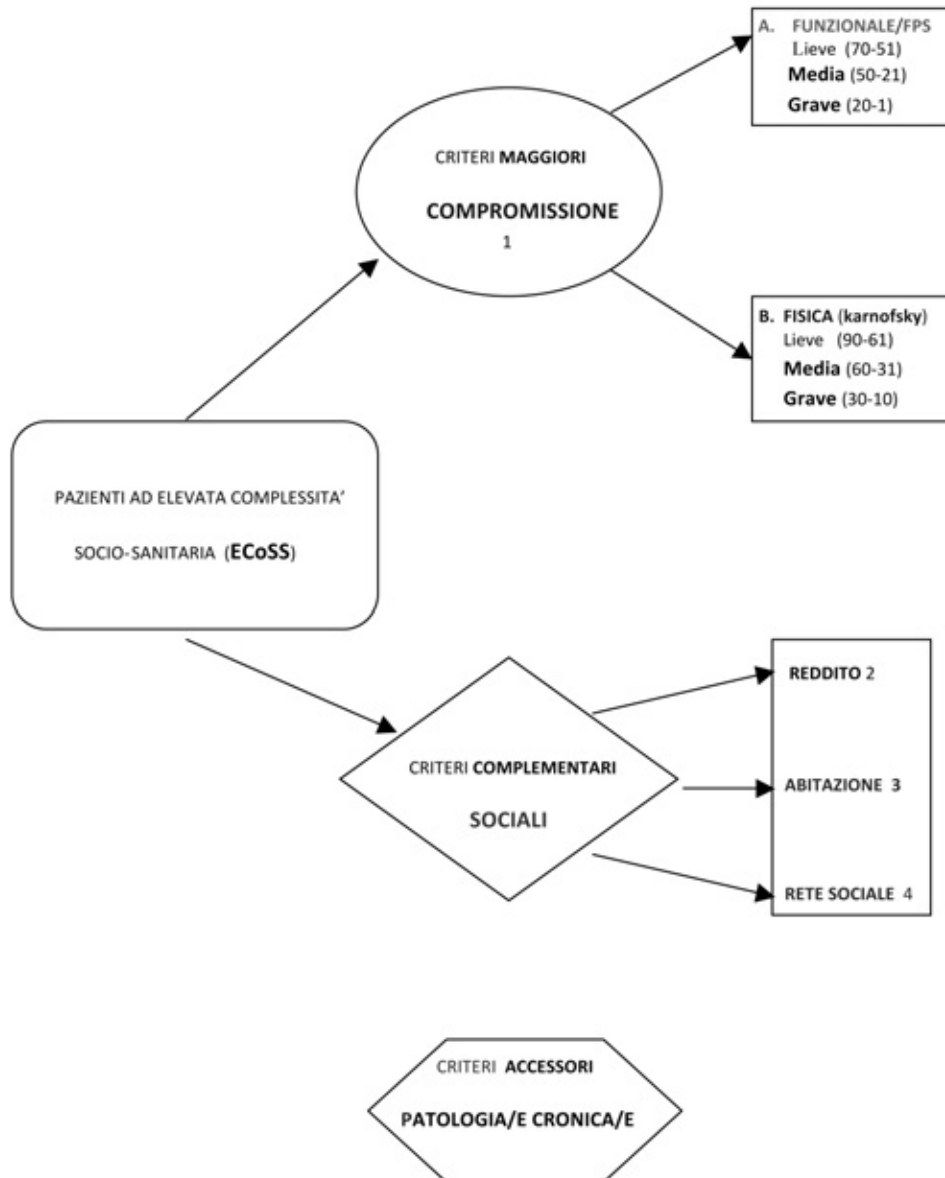
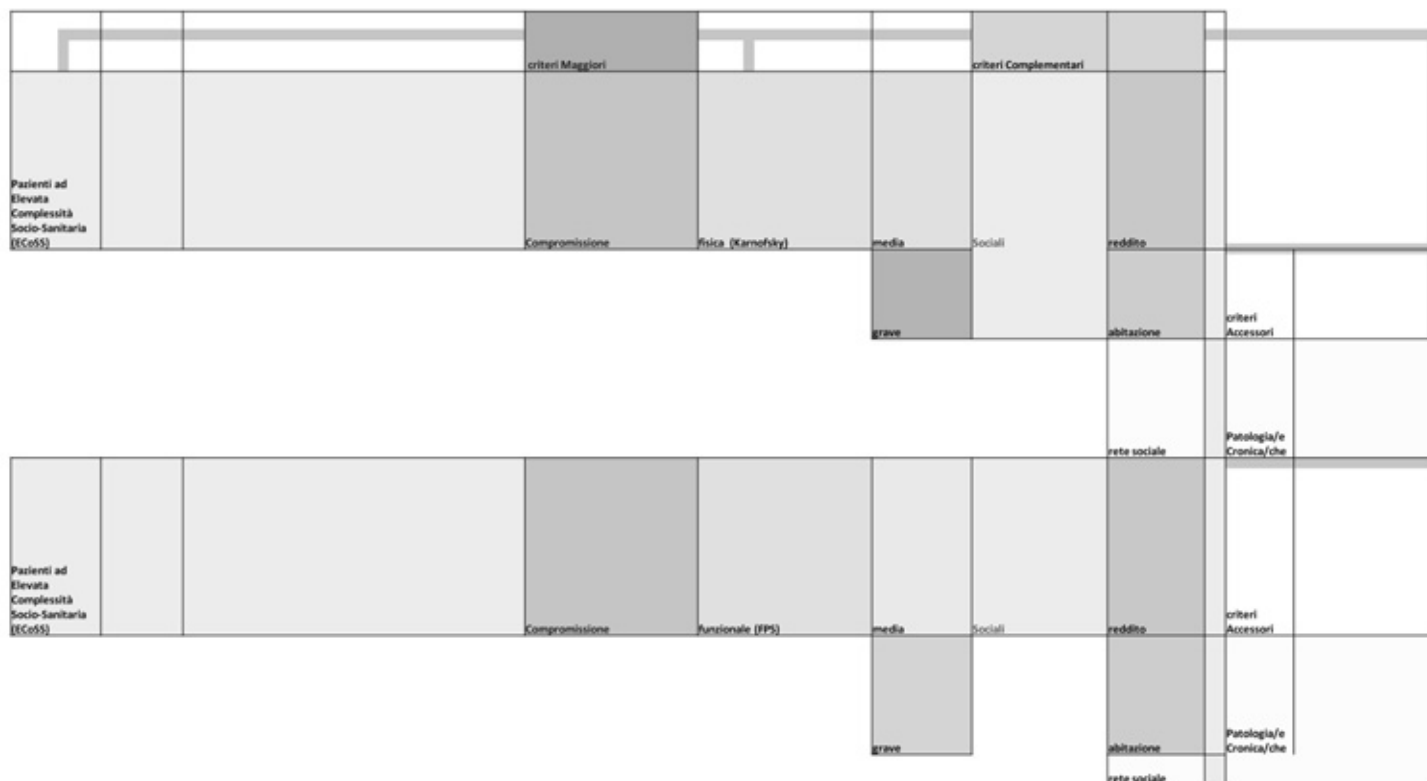


Fig. 2 - Scacchiera classificativa pazienti ECoSS



**Caratteristiche della popolazione esaminata e dei pazienti ECoSS**

Le percentuali sono in linea con quelle riscontrate nella popolazione generale di utenti in carico al Ser.D.

Dati ECoSS/popol.generale TD	
n	231
% risp.a popol. gen. TD	23 (231/1003)
età media maschi	45
età media femmine	44
ECoSS maschi/femmine	3
maschi/femmine Td popol. generale	3,5

Reddito ECoSS	n.	%
privo	74	32
assegno invalidità	84	36
sussidio	12	5
lavoro	29	13
illecito	51	22

Fasce età (%)	popolazione generaleTD	ECoSS
< 21	0,6	0,9
21-30	6	5,6
31-40	22,2	25
41-50	46,5	47
51-60	20,7	18
> 61	4	3,5

Abitazione	n.	%
propria/abitabile	165	71
impropria/inabitabile	50	22
assente	16	7

Grado di istruzione ECoSS	n.	%
analfabeta	3	1,3
licenza elementare	231	14
medie inferiori	174	75
medie superiori	20	9
laurea	2	0,7

Condizione abitativa	n.	%
privi	16	7
proprio nucleo	83	36
nucleo di origine	70	30
struttura III	42	18
detenuto	20	9

<b>ECoSS Ist. tutela</b>	maschi	femmine
ammin. sostegno	7	1
tutore	2	0
curatore	0	0

<b>Compromissione funz. pers.e e soc.</b>	n.	%
normale	0	0
lieve	14	6
medio	182	79
grave	35	15

<b>ECoSS inv. civile</b>	%
si	51
no	49

<b>livello medio-grave (%)</b>	maschi	femmine
<b>karnofsky</b>	44	39
<b>FPS</b>	94	93
<b>patologie prevalenti</b>		
psichiatrica	54	59
infettivologica	47	57
neurologica	17	19

<b>Famiglia problematica</b>	n.	%
si	135	58
no	69	30
senza famiglia	28	12

<b>Famiglia problematica</b>	<b>Maschi</b>		<b>Femmine</b>	
	n.	%	n.	%
Si	100	58	35	61
No	56	32	13	23
Senza	18	10	9	16

<b>Sostanza</b>	% su tot ECoSS	% su campione Dip. attivi non ECoSS
eroina	23	50
cocaina	17	39
alcol	25	56
GAP	5	11
altro	6	15

<b>Compromissione autonomia fisica</b>	n.	%
normale	16	7
lieve	117	51
medio	87	37
grave	11	5

<b>Terapia farmacologica</b>		TD attiva	TD non attiva
		Si	86 (37%)
No	18 (8%)	30 (13%)	

<b>Terapia</b>	181 ECoSS(78% tot ECoSS)	% ECoSS	% tot (ECoSS + non ECoSS)	%nonECoSS (tot- ECoSS)
MTD		47	53	57,7
BPF/NLX		15	22	25,25
GHB		4	5,4	6,08
altro		34	36	38,7
<b>maschi</b>	<b>131 (75% maschi ECoSS)</b>			
MTD		43	42	47,53
BPF/NLX		19	19	21,9
GHB		3	4	4,5
altro		49	28	28
<b>femmine</b>	<b>50 (88% delle femmine ECoSS)</b>			
MTD		60	10	10
BPF/NLX		4	2,8	3,36
GHB		6	1,5	1,5
altro		30	8	6,6

• **Dati socioanagrafici**

Gli utenti ECoSS Addicted sono 231 di cui 174 maschi e 57 femmine e rappresentano il 23% della totalità dei 1003 soggetti considerati (v. figg. 3-4-5).

Fig. 3

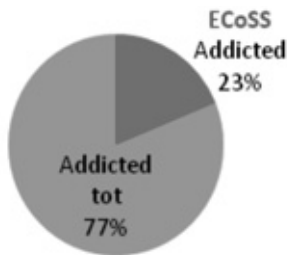


Fig. 4

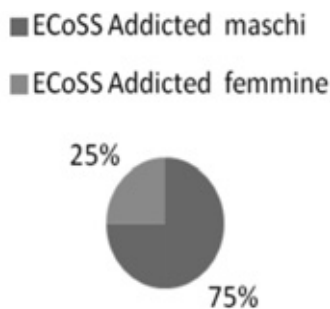
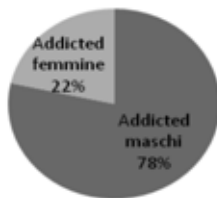


Fig. 5



L'età media nei ECoSS addicted è di 45 anni nei maschi e di 44anni nelle femmine; la distribuzione per fasce d'età risulta essere la seguente (Tab. 1):

Tab. 1

Fasce età	n.	%
< 21	2	0,9
21-30	13	5,6
31-40	58	25
41-50	109	47
51-60	41	18
> 61	8	3,5

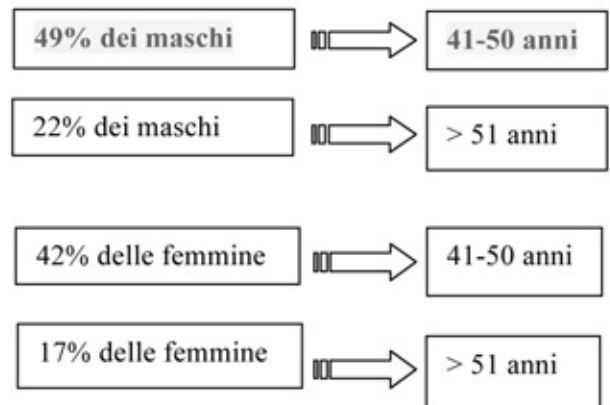
Rispetto alla popolazione totale dei pz. in carico al nostro dipartimento (Tab. 2), non ci sono sostanziali differenze.

Tab. 2

Fasce età	n.	%
< 21	6	0,6
21-30	59	6
31-40	223	22,2
41-50	467	46,5
51-60	207	20,7
> 61	41	4

I soggetti con età uguale o superiore ai 51 anni rappresentano il 21% dell'intero campione. Tra i maschi, il 49% si colloca nella fascia di età 41-50 anni e il 22% dei maschi ha più di 51 anni. Tra le femmine, il 42% ha tra i 41-50 anni, mentre il 13% più di 51anni (Fig. 6).

Fig. 6



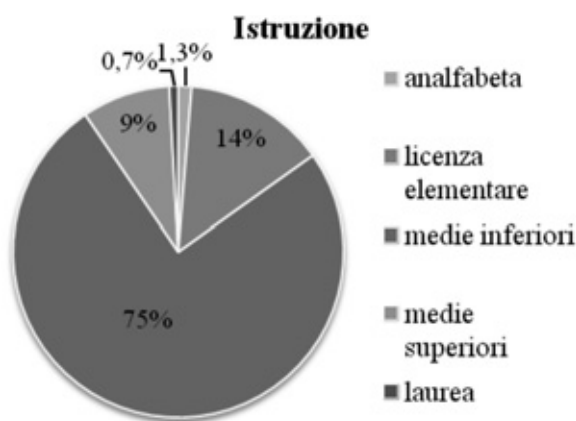
Relativamente al **livello di istruzione**, la parte prevalente del campione MP è in possesso della licenza media inferiore (75%). In Tab. 3 e Fig. 7, sono rappresentate le prevalenze dei gradi di scolarizzazione dell'intero campione ECoSS.

Tab. 3

Istruzione	n.	%
analfabeta	3	1,3
licenza elementare	231	14
medie inferiori	174	75
medie superiori	20	9
laurea	2	0,7

Le femmine ECoSS, al pari di quanto accade nella popolazione generale, presentano una percentuale più elevata rispetto ai maschi, di istruzione media-superiore, il 16% vs 6%, rispettivamente; il contrario accade per la licenza elementare, 16% dei maschi, vs 7% delle femmine. Le percentuali sono in linea con quelle riscontrate nella popolazione generale di utenti in carico al Ser.D.

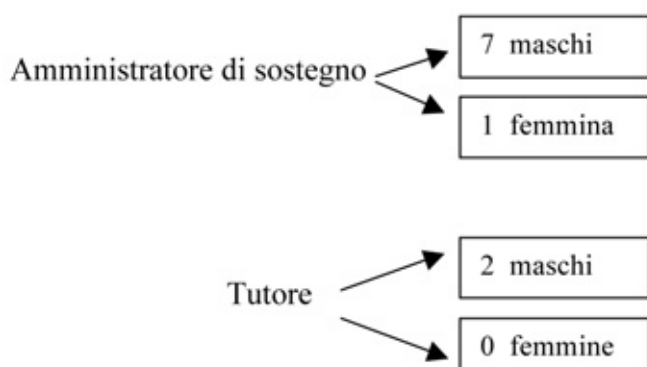
Fig. 7



Il 2.31% del campione ECoSS (10 pz), ha un istituto di tutela (8 con amministratore di sostegno e 2 con tutore) (Fig. 8).

Fig. 8

Istituto di tutela	n.
amministratore sostegno	8
tutore	2
curatore	0



Tab. 4

Sostanza	% su tot ECoSS	num.ECoSS attivi	% su tot campione Dip.attivi non ECoSS	n. tot Dip.attivi non ECoSS
eroina	23	52	50	180
cocaina	17	40	39	130
alcol	25	58	56	201
GAP	5	11	11	40
altro	6	15	15	54
		tot 176		605

Poco più della metà del campione (118 utenti, il 51% della popolazione ECoSS) è stata riconosciuta invalida civile (Fig. 9).

Fig. 9

## ECoSS: invalidità civile



## Situazione clinica di dipendenza e terapia farmacologica

Il 55% dei pz. ECoSS presenta una **tossicodipendenza non più attiva**; il dato è sostanzialmente **sovrapponibile** a quello riscontrato nella popolazione generale dei nostri utenti (57.4% di remissioni cliniche complete).

Tra gli ECoSS attivi **polidipendenti**, la sostanza prevalente è l'alcool (25%).

Nella Tab. 4 viene rappresentata in numero assoluto e in percentuale, la tipologia di dipendenza attiva; diversi soggetti ECoSS tossicodipendenti attivi, utilizzano più sostanze contemporaneamente.

## La condizione di ECoSS non rappresenta un fattore protettivo o favorevole rispetto alla dipendenza attiva

Per gli utenti maschi ECoSS attivi, l'eroina risulta la sostanza prevalentemente utilizzata (38%), seguita dall'alcool (28%); tra le femmine prevale l'alcool (46% delle ECoSS attive). Il 78% del campione ECoSS (181 paz.) è in trattamento farmacologico. Di questi utenti, il 47% (85 paz), assume metadone (MTD), il 15% (27 paz), buprenorfina/naloxone (BPF/NLX), il 4% (7 paz), sodio oxibato (GHB) e il 34% (92 paz), è in terapia anche con psicofarmaci. Il dato nella popolazione generale **non ECoSS** è il seguente: 58% MTD, 25% BPF/NLX, 6% GHB, 39% altri farmaci (Tab. 5).



Tab. 5

Terapia	% ECoSS	num.ECoSS	% tot (ECoSS + nonECoSS)	n. tot (ECoSS + nonECoSS)	%nonECoSS (tot- ECoSS)
MTD	47	85	53	531	57,7
BPF/NLX	15	27	22	220	25,25
GHB	4	7	5,4	54	6,08
altro	34	92	36	361	38,7
<b>maschi</b>					
MTD	43	47	42	423	47,53
BPF/NLX	19	6	19	193	21,9
GHB	3	3	4	39	4,5
altro	49	38	28	280	28
<b>femmine</b>					
MTD	60	30	10	108	10
BPF/NLX	4	2	2,8	27	3,36
GHB	6	3	1,5	15	1,5
altro	30	15	8	81	6,6

Diversi utenti sono in trattamento con più di un farmaco, mentre il 34% (62 pazienti) non assume terapie specifiche con MTD, BPF/NLX e GHB. Le percentuali indicate nella tabella seguente, sono riferite al totale degli utenti ECoSS che assume la terapia farmacologica. Come si evince dalla Tabella 5, le femmine in trattamento farmacologico sono più numerose dei maschi (88% vs 75%, rispettivamente).

NB: La somma delle percentuali e dei numeri assoluti dei soggetti maschi non corrispondono al totale dei pazienti, perché tra i 64 soggetti che assumono "altro", oltre ai 47 utenti in terapia solo con psicofarmaci, ve ne sono altri 17 in trattamento con psicofarmaci + MTD-BPF/NLX-GHB.

Rispetto alla terapia farmacologica, emergono tra la popolazione generale e quella ECoSS, nel senso che la percentuale di questi ultimi che assume dei farmaci (MTD,BPF/NLX,GHB e psicofarmaci), è nettamente più bassa rispetto alla popolazione non ECoSS ( $p < 0.00001$ ). Queste differenze rimangono statisticamente significative per i maschi ECoSS, mentre per le femmine ECoSS, la differenza rispetto alla popolazione addicted generale resta significativa soltanto per BPF/NLX.

### Caratteristiche dei pazienti ECoSS

Il 37% dei pazienti ECoSS presenta un livello di **compromissione fisica** (Indice di Karnofsky) di grado medio, mentre nel 5% dei casi la compromissione fisica è grave (tabb. 6 e 7): 44% maschi e 39% femmine (Fig. 10).

La **compromissione funzionale personale e sociale** (scala FPS) è di grado medio per il 79% del campione e grave nel 15% dei casi: 94% maschi e 93% femmine.

Tab. 6

Compromissione autonomia fisica	n.	%
normale	16	7
lieve	117	51
medio	87	37
grave	11	5

Tab. 7

Compromissione funzionale personale e sociale	n.	%
normale	0	0
lieve	14	6
medio	182	79
grave	35	15

Relativamente al genere, il 44% dei maschi ECoSS (76 pazienti) e 22 femmine (39%) presentano una compromissione dell'autonomia fisica di livello medio-grave. Rispetto alla compromissione funzionale personale e sociale, il 94% dei maschi (164 paz.) e il 93% delle femmine (53 paz.) hanno un livello di compromissione medio-grave (Fig. 10).

Categorie nosologiche: Nella Fig. 11 sono rappresentate le 3 patologie prevalenti: psichiatrica (55%), infettivologica (50%) e neurologica (17%).

Fig. 10

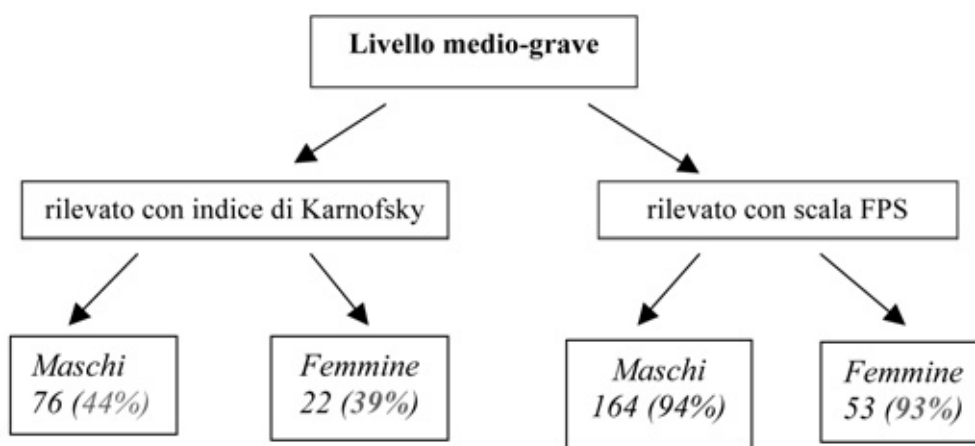
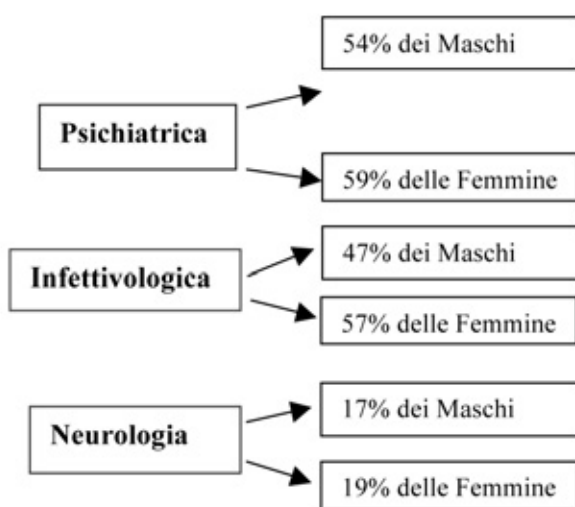
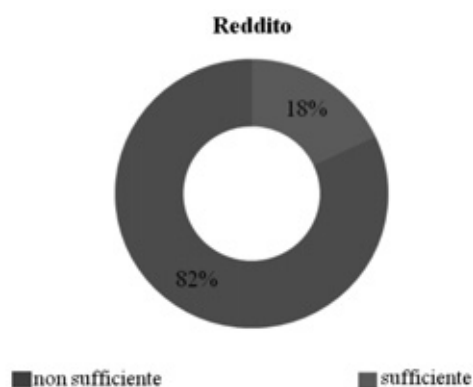


Fig. 11



Condizioni economiche: Come si evince dalla Fig. 12, soltanto il 18% (42 soggetti) dei pazienti ECoSS (25% delle femmine e 18% dei maschi), presenta un reddito sufficiente all'automantenimento, rispetto alla maggioranza dei casi, 82% (189 utenti) che versa in condizioni economiche precarie.

Fig. 12



Nella Tabella 8 sono dettagliate le varie situazioni e tipologie di reddito:

Tab. 8

Reddito	n.	%
privo	74	32
assegno invalidità	84	36
sussidio	12	5
lavoro	29	13
illecito	51	22

Emergono delle diversità rispetto al genere: la principale fonte di reddito delle femmine deriva da attività illecite; per i maschi, dall'assegno di invalidità.

N.B: la somma delle % non da come risultato 100, in quanto alcuni soggetti percepiscono diverse forme di reddito.

Riguardo al tipo di abitazione, lo studio evidenzia come per la maggioranza del campione ECoSS, l'abitazione risulta propria e abitabile, senza differenze tra i maschi (72%) e le femmine (70%) (Tab. 9).

Tab. 9

Abitazione	n.	%
propria/abitabile	165	71
impropria/inabitabile	50	22
assente	16	7

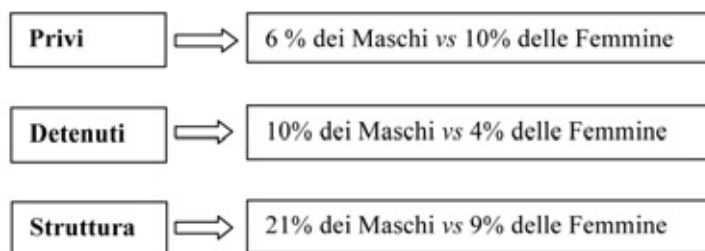
Nella Tab. 10 sono evidenziate le diverse condizioni abitative dei pazienti ECoSS: prevalgono quelli che vivono col proprio nucleo familiare (36%) e con il proprio nucleo di origine (30%), ma con differenze di genere: la maggior parte dei maschi (33%) vive invece all'interno del nucleo di origine, mentre il 54% delle femmine ha un proprio nucleo familiare.

Tab. 10

Condizione abitativa	n.	%
privi	16	7
proprio nucleo	83	36
nucleo di origine	70	30
struttura III	42	18
detenuto	20	9

Altre differenze tra maschi e femmine emergono rispetto alle altre tre condizioni residenziali (Fig. 13):

Fig. 13



Nella Tab. 11 sono indicate le condizioni di presenza/assenza di famiglia problematica (per povertà economica, devianza e degrado sociali, presenza di familiari conviventi problematici): il 58% dei pazienti ECoSS presenta una famiglia problematica e il 12% è senza famiglia. Nella Tab. 12, sono indicate le differenze tra maschi e femmine ECoSS, rispetto alla presenza di famiglia multiproblematica.

Tab. 11

Famiglia problematica	n.	%
si	135	58
no	69	30
senza famiglia	28	12

Tab. 12

Famiglia problematica	Maschi		Femmine	
	n.	%	n.	%
Si	100	58	35	61
No	56	32	13	23
Senza	18	10	9	16

Il 30.7% dei pazienti ECoSS (71 paz.) è in carico al Centro Salute Mentale (CSM), il 21.6% (50 paz.) al Servizio Sociale ed il restante 47.6% (110 paz.), è seguito soltanto dal Ser.D.

### Correlazioni tra alcune variabili

La maggior parte degli ECoSS tossicodipendenti attivi possiede un livello di scolarizzazione medio-basso; tra i soggetti ECoSS **astinenti** prevale (media) rispetto agli **attivi** (10% vs 3.2%) un livello di istruzione più elevato (livello 2, media-superiore + universitaria), Tab. 13.

Tab. 13

	GRADO ISTRUZIONE %		
	livello 0	livello 1	livello 2
<b>TD ATTIVA</b>			
eroina	9,7	37,8	2,9
cocaina	5,8	28,1	4,85
alcol	9,7	40,7	5,8
Gap	1	8,7	1
altro	0	12,6	2
<b>TD NON ATTIVA</b>	14	76	10

### Riconoscimento dell'invalidità civile

Come viene evidenziato nella figura successiva, al 51% dei soggetti ECoSS è stata riconosciuta l'invalidità civile (Fig. 14); non risultano differenze sostanziali tra pazienti attivi o astinenti (Fig. 15).

Fig. 14

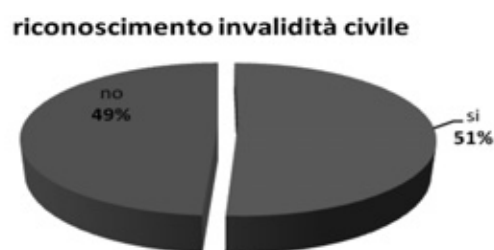
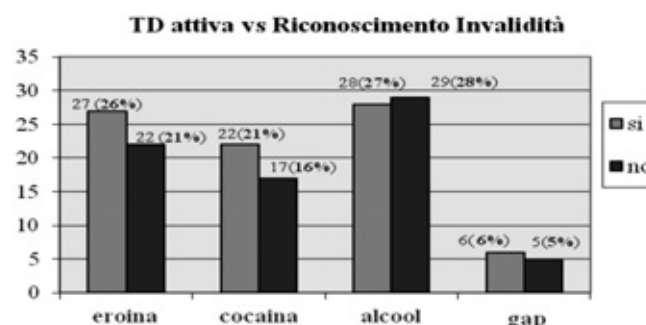


Fig. 15



Gli ECoSS attivi maschi a cui è stato riconosciuto un'invalidità civile prevalgono nettamente sulle femmine (Tab. 14).

Tab. 14

Maschi	TD		Invalidità %		Femmine	TD		Invalidità %	
			si	no				si	no
TD attiva	eroina		20	16	eroina		7	6	
		cocaina	16	11		cocaina	6	6	
	alcool	18	16	alcool	10	13			
	GAP	6	4	GAP	0	1			
	altro	6	8	altro	0	1			

### Correlazione tra terapie farmacologiche e situazione clinica della TD

Nella Tab. 15 viene rappresentato il rapporto tra le terapie farmacologiche e la situazione clinica di dipendenza dei pazienti

ECoSS: il 13% (30 paz, 26 maschi e 4 femmine), ha raggiunto una remissione clinica stabilizzata e non assume alcuna terapia farmacologica.

Tab. 15

		TD	
		TD attiva	TD non attiva
Terapia farmacologica	Si	86 (37%)	97 (42%)
	No	18 (8%)	30 (13%)

Correlazioni tra la tipologia della tossicodipendenza attiva (tipo di sostanza psicotropa usata) e le tre prevalenti comorbidità presenti: *psichiatrica, infettivologica e neurologica* (Tab. 16).

Tab. 16

		Categorie nosologiche		
sostanza		psichiatrica	neurologica	infettivologica
TD attiva	eroina	30 (29%)	9 (9%)	34(33%)
	cocaina	23 (22%)	7 ( 7%)	23(22%)
	alcol	35 (34%)	14(14%)	30(29%)
	GAP	4 (4%)	1 (1%)	0 (0%)
	altro	12 (12%)	2 ( 2%)	5 (5%)

## Discussione sui risultati (per area tematica)

### Aspetti socio-anagrafici

Gli utenti ECoSS rappresentano il 23% dei 1003 pazienti in carico al nostro Servizio. Il dato è preoccupante poiché quasi 1/4 di tutti i tossicodipendenti in carico al Dipartimento Dipendenze 1 dell'ASL TO2 presenta una compromissione fisica e/o funzionale sociale e personale di livello medio-grave. Il rapporto maschi/femmine è di 3/1 (75% vs 25%), nettamente inferiore al rapporto tra maschi/femmine di 5-6/1 (85% vs 15%) relativo alla popolazione totale di utenti in carico. Non emergono differenze sostanziali tra maschi e femmine relativamente all'età media, (45 anni per i maschi, 44 per le femmine); 109 utenti si collocano nella fascia di età 41-50 (47%) e 49 utenti (21%) hanno più di 51 anni.

È presente una differenza tra i due generi: il 71% del campione maschile ha più di 41 anni vs il 59% delle femmine.

Il livello di scolarizzazione prevalente degli utenti ECoSS è medio-basso (licenza media nel 75% dei casi). Sono numerosi anche coloro che hanno frequentato soltanto le scuole elementari; i diplomati e i laureati rappresentano una piccola percentuale del campione ECoSS (rispettivamente il 9% e 2%). Le femmine possiedono un livello di istruzione tendenzialmente superiore ai maschi. Il livello elevato di scolarizzazione correla favorevolmente con il raggiungimento ed il mantenimento della condizione di astinenza.

## Situazione di dipendenza e terapia farmacologica

Il 55% del campione ECoSS non abusa più di sostanze psicotrope, anche se può necessitare di terapie farmacologiche continuative. In relazione alle diverse sostanze usate dai paz. TD ECoSS attivi (45%), viene specificato che nella categoria "altro" sono rientrati soprattutto gli utilizzatori di cannabinoidi e/o psicofarmaci (non prescritti). La sostanza principalmente abusata è l'alcol (56%), seguita dall'eroina (50%) e dalla cocaina (39%). Rispetto al tipo di sostanza utilizzata, non è emersa una correlazione statisticamente significativa tra il tipo di sostanza utilizzata (alcol, eroina e cocaina, con frequenza decrescente), rispetto alle tre prevalenti comorbidità presenti nei pz. TD ECoSS (*psichiatrica, infettivologica e neurologica*).

Rispetto ai pazienti dipendenti da gioco d'azzardo patologico (GAP), sono stati esclusi quelli che presentano GAP concomitante a uso di sostanze, in situazioni cliniche complesse di poli-dipendenza), è emerso che 11 soggetti (1% del totale del campione), quasi esclusivamente maschi, sono risultati ECoSS (il 5% ~ dei pazienti ECoSS).

I maschi TD ECoSS attivi prediligono ancora l'eroina, consumata dal 39 soggetti

(30% ~) seguita dall'alcol, utilizzato da 35 soggetti (28% ~). La maggior parte delle donne ECoSS attive (46%) presenta invece un abuso/dipendenza da alcol.

Rispetto alla terapia farmacologica riveste un ruolo molto rilevante nella cura dei tossicodipendenti. Dalla ricerca è emerso che il 78% del campione ECoSS è in trattamento farmacologico e le femmine lo sono percentualmente più dei maschi (88% vs 75%, rispettivamente).

### • Criteri riguardanti la Elevata Complessità Socio-Sanitaria

Il primo criterio concernente la **compromissione fisica** evidenzia uno scenario preoccupante: la compromissione fisica medio-grave del nostro campione di TD MP è in media del 41.5% (44/39% maschi/femmine), mentre il grado di **compromissione funzionale psico-sociale** arriva ad interessare la quasi totalità del campione, 93.5% (94/93%, maschi/femmine). Gli aspetti disfunzionali psico-sociali incidono maggiormente sulla gestione della quotidianità dell'utente rispetto a quelli di compromissione fisica medio-grave, richiedendo spesso la necessità di interventi sanitari e sinergici investimenti di risorse socio-assistenziali.

La ricerca ha inoltre evidenziato che nel 55% dei casi gli utenti ECoSS presentano una patologia psichiatrica e nel 50% sono portatori di problematiche infettivologiche (prevalentemente epatiti croniche HCV positive con una prevalenza del 10% in più, a favore delle femmine, rispetto ai maschi).

La gestione generale di questa tipologia di utenti, considerati i loro livelli di funzionamento psico-sociale maggiormente compromessi, risulta molto più problematica ed impegnativa rispetto ai pazienti non ECoSS.

Rispetto al **reddito**, è emerso che l'82% del campione non dispone di un reddito sufficiente all'automantenimento. In questo ambito, le donne presentano una migliore condizione economica rispetto agli uomini (25% vs 18%).

Emergono diverse fonti reddituali:

1. L'assegno d'invalidità, rappresenta la tipologia principale, (36% del campione ECoSS).
2. Sono più numerosi i soggetti che svolgono attività illecite (22%), per lo più spaccio, prostituzione e piccoli lavori in nero, rispetto agli utenti che hanno un regolare contratto di lavoro (13%).

Il reddito dei maschi è costituito principalmente dall'assegno di invalidità, per le femmine, invece, assumo un ruolo di primo piano le attività illecite e, tra queste, la prostituzione. Ben il 32% degli utenti ECoSS è privo di reddito in quanto non in grado di lavorare.

Relativamente alla **condizione abitativa**, dallo studio emerge un dato positivo: per la maggioranza del campione ECoSS, l'abitazione risulta propria e abitabile, senza differenze sostanziali tra maschi e femmine. Il 30% di questi casi vive però ancora all'interno del proprio nucleo familiare di origine, con i genitori anziani che intervengono e li supportano anche da un punto di vista economico. Rispetto alla convivenza nella famiglia di origine, le donne risultano più autonome e indipendenti degli uomini (30% vs 54%, rispettivamente).

La famiglia risulta essere una agenzia sociale importante, cosa che solleva forti perplessità sul futuro dei pazienti dipendenti da essa, in particolare per il mantenimento dell'abitazione. Tuttavia, nonostante il ruolo di ammortizzatore sociale, più della metà del campione ECoSS (58%) presenta una famiglia problematica.

Il 12% del campione non ha una famiglia e quindi nessun *care-giver* disponibile come fonte di aiuto e di sostegno. Si riscontra una differenza tra i generi: le femmine risultano più frequentemente dei maschi senza famiglia o con una famiglia problematica.

La percentuale dei maschi detenuti (10%) e inseriti in strutture (21%) è superiore rispetto a quella delle femmine (4% e 9%, rispettivamente).

In merito alla rete di servizi istituzionale, è emerso che solo il 31% (71 utenti) dei pazienti ECoSS è seguito anche dal Servizio Psichiatrico, cioè poco più della metà dei pazienti TD ECoSS psichiatrici (128 soggetti, 55.4%).

Infine, soltanto il **21.6%** dei TD ECoSS (50 utenti) è in carico al Servizio Sociale.

Il livello d'istruzione prevalente negli utenti MP è medio-basso. I diplomati e i laureati sono un numero veramente esiguo. Questo dato mette in luce come, nella nostra popolazione, da un lato la situazione di dipendenza influenzi grandemente la riuscita scolastica e dall'altra che la bassa scolarità dei soggetti favorisca lo sviluppo di un comportamento di dipendenza. Rispetto alla scolarizzazione, non sono emerse rilevanti differenze tra le sostanze usate: tutte incidono negativamente sul livello d'istruzione degli utenti. Anche i giocatori d'azzardo presentano una bassa istruzione, su 11 utenti soltanto 1 ha ottenuto il diploma di scuola media superiore. Infine, sempre rispetto alla questione "scolarizzazione", non si è evidenziata una differenza tra pazienti attivi e in remissione clinica.

Il **51%** degli utenti ECoSS ha ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile. Emergono lievi differenze rispetto al tipo di dipendenza:

- gli utenti attivi da eroina, cocaina e GAP hanno più frequentemente il riconoscimento dell'invalidità. Stupisce che 6 utenti su 11 affetti da GAP presentino un riconoscimento dell'invalidità. Evidentemente il GAP a fronte di pressoché nulle conseguenze negative sul piano dell'integrità fisica, presenta grosse ricadute sulla salute psichica e sulle capacità socio-relazionali dell'utente, che a volte si concludono in vere e proprie psicopatologie, soprattutto in coloro che presentano una concomitante dipendenza da sostanze (GAP + sostanza/e, come alcol, cannabinoidi, o cocaina).

Il rapporto tra la condizione clinica rispetto alla dipendenza e il trattamento farmacologico, evidenzia come il **13%** (30 utenti, 26 maschi e 4 femmine), è rappresentato da **pazienti in remis-**

**sione protratta stabilizzata dalla dipendenza, che non assume alcuna terapia oppioide sostitutiva e che, di fatto, potrebbe essere dimesso dal Servizio.**

Rispetto alla correlazione tra tossicodipendenza attiva (per ogni sostanza) e prevalenza per le tre patologie più frequenti nei soggetti ECoSS (psichiatrica, infettivologica e neurologica) si osserva quanto segue:

- le patologie psichiatriche, neurologiche ed infettivologiche sono quelle più frequentemente riscontrate negli ECoSS eroinomani, cocainomani ed alcolisti. Questi ultimi, però, più degli altri, presenta una prevalenza più alta di patologie neuropsichiatriche;
- tra i *gamblers* e i TD per cannabis e/o benzodiazepine (le sostanze psicotrope maggiormente rappresentate nella categoria "altre sostanze"), prevalgono le patologie psichiatriche. Questo dato interessa però soltanto gli uomini.

## Conclusioni

I risultati della ricerca sui pazienti ECoSS evidenziano la presenza di una quota significativa di pazienti richiedenti un elevato impegno di risorse per la gestione di situazioni tendenzialmente non modificabili, che richiedono cure e assistenza a vita. La compresenza di problemi individuali e sistemici, ambientali e situazionali, medici, psicologici e socioeconomici, indica la necessità di un approccio integrato e multiprofessionale tra i servizi sociali e quelli sanitari specifici.

Il modello proposto per individuare in modo sistematico i soggetti ECoSS può costituire uno strumento diagnostico e prognostico utile per favorire il confronto tra Servizi che hanno riferimenti operativi diversi, per valutare l'impatto della popolazione specifica sulla operatività e sui costi del Servizio, per la programmazione e la pianificazione delle risorse.

Infine, la ricerca documenta la composizione della popolazione utente dei Servizi per le dipendenze, evidenziando la presenza di una quota rilevante di pazienti molto compromessi e molto richiedenti in termini sia di cure sia di assistenza a vita: questo cambia profondamente il modo di vedere sia l'addiction sia i Servizi per le dipendenze.

## Note

1. Istat, [www.istat.it](http://www.istat.it), ultima consultazione febbraio 2013.

## Bibliografia

- (1) Aa.Vv. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub, 4<sup>a</sup> ed., Anteprema limitata su [books.google.it](http://books.google.it).
- (2) Bignamini E., DeVivo E. *et al.* (2010). Pazienti tossicodipendenti multiproblematici. *Dal Fare al Dire*, 3.
- (3) Bignamini E., Galassi C. (2017). *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Cuneo: PubliEditore.
- (4) Blanken *et al.* (1995). Europasi: adattamento europeo dell'Addiction Severity Index. *Bollettino delle farmacodipendenze e Alcolismo*, XVIII(2).
- (5) Consoli A., Bennardo A. (2001). Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. *Addiction Severity Index*. Centro Scientifico Editore.
- (6) Giulio R., Bignamini E. (2005). *Pronta Assistenza. Mission*, 14.
- (7) Istat (2013). [www.istat.it](http://www.istat.it), ultima consultazione febbraio.

- (8) McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.T. (1980). An Improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *J. New Mental Dis*, 168: 26-33.
- (9) Pasqualotto L. (2016). ICF dipendenze. *Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*. Erickson, Scienze Mediche. Medicina.
- (10) Pioli R., Maffetti K. (2013). *La scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) e lo strumento VADO. La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*, pp. 71-81.
- (11) Schippers G.M., Broekman T.G., Buchholz A. (2013). *Mate 2.1 Manuale e protocollo*. Ed. It. Nespoli G., Bignamini E.M.
- (12) Schippers G.M., Broekman T.G., Buchholz A., Rutten R. (2009). Introducing a new assessment instrument: The Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) SUCHT. *Hogrefe AG.*, 55: 209-218. doi: 10.1024/2009.04.03.
- (13) Spitzer R. et al. (2003). *DSM-IV-TR casi clinici. Applicazioni cliniche del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Elsevier. Anteprima limitata disponibile su books.google.it.
- (14) Verger E., Salamero M., and Conill C. (1992). Can Karnofsky Performance Status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group Scoring Scale and vice-versa. *European Journal of Cancer*, 28A(8-9): 1328-1330.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".
- Decreto Ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e provincie autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali".
- Delibera della Giunta Regionale della Regione Piemonte 14 marzo 2013, n. 12 "Disposizioni generali in materia di politiche per le dipendenze".
- Delibera della Giunta Regionale della Regione Piemonte 23 luglio 2012, n. 27 "Approvazione del Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PARD) anni 2012-2015".
- Delibera della Giunta Regionale 28 settembre 2009, n.61, "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento nonché le procedure previste per l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali delle strutture private di assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica".
- Deliberazione del Consiglio Regionale del Piemonte 28 gennaio 1997, n. 357, "Standard strutturali e organizzativi del Dipartimento di Salute Mentale".
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

## Fonti normative

Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, 17 luglio 2009, Titolo II.  
Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

NOME COGNOME								
età								
sesso								
condizione abitativa	privi							
	soli							
	proprio nucleo							
	nucleo di origine							
	ospiti							
	struttura ter.							
	detenuto							
tipo abit.	popolare							
	privata							
istruzione	analfabeta							
	licen. Elem.							
	medie inf.							
	medie sup.							
	laurea							
reddito	privo							
	ass. invalidità							
	sussidio							
	lavoro							
	illecito							
fam. Multi probl.	sì							
	no							
dipendenza	td attiva							
	non attiva							
	sostanza	eroina						
		cocaina						
		alcool						
terapia farm.								
categorie nosologiche	psichiatrica							
	neurologica							
	infettiv.							
	cardiologica							
	ortopedica							
	fisiatrice							
	oncologica							
	dermatologica							
	endocrinol.							
	gastroent.							
	otorinolaring.							
	oculistica							
	pneumologica							
	nefrologica							
angiologica								
riconos. c. Invalidità	sì							
	no							
rete sociale	rete primaria							
	rete sec.form.							
	rete sec. inf.							
qualità di vita	compromissione autonomia personale							
	comprom. capacità relazionali							
	comprom. abilità lavorative							

## Scala di Funzionamento Personale Sociale (FPS)

<i>Grado</i>	<i>Definizione</i>
100-91	Funzionamento più che buono in tutte le aree pertinenti alla sua età. È ben visto dagli altri per le sue molte qualità positive, sembra capace di far fronte bene ai problemi della vita. Interessato o impegnato in numerose attività.
90-81	Funzionamento adeguato in tutte le aree, presenza solo di problemi e difficoltà comuni a molti.
80-71	Lievi difficoltà in una o più delle aree principali (ad es. temporanee difficoltà nel tenere dietro al lavoro o ai programmi scolastici)
<b>70-61</b>	Difficoltà evidente in una o più delle aree principali, ad es. qualche assenza dal lavoro non dovuta a malattie fisiche e/o occasionali atti sconcertanti per i conviventi e/o carenze di amicizie, e/o qualche leggero o chiaro segno di scarsa attenzione al proprio aspetto; nessuna difficoltà a svolgere un lavoro protetto.
<b>60-51</b>	Marcata difficoltà in una sola delle aree principali 1-3 ad es. assenza di amici e difficoltà di rapporti con i familiari, ma con qualche rapporto sociale e familiare conservato o difficoltà anche in un lavoro protetto; nelle altre aree possono essere presenti difficoltà lievi o evidenti.
<b>50-41</b>	Difficoltà marcate in una o più aree principali 1-3 con nessuna disfunzione grave o disfunzione grave in una sola area principale con nessuna disfunzione marcata nelle altre aree principali, (vedi 30-21 per disfunzione grave nei comportamenti disturbanti) ad es. tutte le difficoltà del livello precedente assieme.
<b>40-31</b>	Disfunzione grave in una sola area principale 1-3 con disfunzione marcate in una o più delle altre aree principali (ad es. nessuna attività socialmente utile, assenza di frequentazioni sociali, ma rapporti discreti con almeno un familiare) oppure disfunzione marcata nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre tre aree principali.
<b>30-21</b>	Disfunzione grave in due delle aree principali 1-3 oppure disfunzione grave nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre tre aree principali
<b>20-11</b>	Disfunzione grave in tutte le tre aree principali 1-3, o anche disfunzione gravissima nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre aree. Nel dare il punteggio, nell'ambito di questo livello considerare se il paziente risponde (20-16) o risponde poco agli stimoli esterni (15-11)
<b>10-1</b>	Mancanza di autonomia nelle funzioni di base con comportamenti estremi ( ad es. si sporca volutamente di feci), ma senza pericolo di vita o, da 5 a 1, incapacità a mantenere l'autonomia nelle funzioni di base, tale da mettere in pericolo la sopravvivenza ( rischio di morte per malnutrizione, disidratazione, infezioni, incapacità a riconoscere situazioni evidenti di immediato pericolo).
0	Informazioni insufficiente per dare un punteggio alla FPS

### Legenda:

- Lieve da 70 a 51
- Medio da 50 a 21
- Grave da 20 a 1

### Aree principali:

1. Attività socialmente utili incluso lavoro e studio
2. Rapporti personali e sociali
3. Cura dell'aspetto e dell'igiene
4. Comportamenti disturbanti e aggressivi



## Indice di performance secondo Karnofsky

Grado	Definizione
100	Normale, nessun disturbo, nessun segno di malattia
90	Capace di eseguire le attività normali, sintomi o segni minimi di malattia
80	Capace di eseguire le attività normali con difficoltà, alcuni sintomi o segni di malattia
70	Autosufficiente; incapace di eseguire le attività normali o di espletare attività lavorative attive
60	Necessità di assistenza occasionale, ma capace di provvedere alla maggior parte delle proprie necessità
50	Necessità di assistenza notevole e di frequenti cure mediche
40	Inabile; necessita di cure e di assistenza particolari
30	Gravemente inabile, è indicato il ricovero ospedaliero; la morte non è imminente
20	Molto debilitato, ricovero ospedaliero indispensabile, necessita di terapia attiva e di supporto
10	Moribondo, rapida progressione di processi patologici fatali (ad es. metastasi endocraniche, emottisi massiva)

### Legenda:

- Lieve da 90 a 60
- Medio da 50 a 40
- Grave da 30 a 10

## FeDerSerD/FORMAZIONE

### Percorsi Educazionali in tema di EPATITE C

**FeDerSerD** **23**  
SETTEMBRE  
2019

**MILANO - MICHELANGELO HOTEL**

**IL RUOLO DEI SER.D E DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI PERCORSI DI TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON EPATITE C**  
L'empowerment del team

**FeDerSerD** **21**  
OTTOBRE  
2019

**BARI - PALACE HOTEL**

**IL RUOLO DEI SER.D E DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI PERCORSI DI TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON EPATITE C**  
L'empowerment del team

**FeDerSerD** **4**  
DICEMBRE  
2019

**FIRENZE - HOTEL LONDRA**

**IL RUOLO DEI SER.D E DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI PERCORSI DI TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON EPATITE C**  
L'empowerment del team

Il ruolo dei Ser.D. e l'integrazione fra specialisti risultano elementi essenziali per la presa in carico del consumatore di sostanze con epatite C, soprattutto per le fasi di screening, diagnostiche, linkage to care e di trattamento. La complessità del management del consumatore di sostanze esige lo sviluppo di modelli integrati di presa in carico di tipo multidisciplinare che si devono sviluppare sulla base di approcci olistici. In questo senso appare utile fornire agli operatori dei Ser.D. le basi razionali della presa in carico del consumatore di sostanze con epatite C, in modo da poter sviluppare modelli integrati di trattamento con gli specialisti infettivologi e epatologi in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi terapeutici secondo l'obiettivo dello sviluppo e del mantenimento di reti assistenziali circolari.

Gli incontri avranno due obiettivi principali, il primo di fornire modelli di lavoro di integrazione capaci di costruire all'interno delle reti assistenziali di un sistema olistico di presa in carico e il secondo di sviluppare metodologie di lavoro di team in grado di fornire all'equipe multidisciplinare un elevato grado di consapevolezza, responsabilità, scelta e fiducia per il raggiungimento dell'obiettivo della presa in carico e del management integrato del consumatore di sostanze con HCV.

Sulla base di queste premesse appare cruciale poter sviluppare nei singoli territori dei percorsi educazionali che siano di confronto multidisciplinare fra gli specialisti con l'obiettivo di consolidare le migliori pratiche cliniche, sperimentare modelli di intervento efficaci e condivisi per la presa in carico del consumatore di sostanze con epatite C e addestrare i componenti dell'equipe al team coaching.



PROVIDER ECM – n. 908  
[www.federserd.it](http://www.federserd.it)



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi  
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co  
Telefono 031 748814 - fax 031 751525  
Email - [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)