

Si sviluppa il percorso di Alta Integrazione nel settore delle dipendenze in Italia 1

LEGISLAZIONE

Il profilo professionale del medico del settore delle dipendenze
Alfio Lucchini, Guido Faillace 4
Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali: Alea, Erit, FeDerSerD, Itaca Italia, Sia, Sicad, Sitd 6

CONTRIBUTI SCIENTIFICI/RICERCHE

Ancora in merito all'affido domiciliare del farmaco sostitutivo
Giovanni Strepparola 10
Metodo e strumenti di valutazione della riabilitazione nella pratica clinica
E. Manzato, C. Biasin, G. Cifelli, M. Faccini, G. Gianfilippi 15
Il gioco d'azzardo eccessivo: cenni diagnostici, terapeutici e preventivi
D. Capitanucci, R. Ladouceur, R. Cantù 20
Valutazione di un servizio delle tossicodipendenze da parte dell'utenza - anno 2003
A. Cinquegrana, G. Martinelli, M. Bettini 22
Il trattamento di gruppo in alcologia
C. Greco, M. Nocentini 32
Drug-user e.v. e infezione da virus C
G. Milazzo, M. Maugeri 37

ORGANIZZAZIONE

Regolamento Federazioni Regionali di FeDerSerD 29
Direttivo Nazionale del 12 aprile 2003 39
Assemblea FeDerSerD del 21 maggio 2003 40

FeDerSerD/FORMAZIONE

Master in Management e Comunicazione
Convegno Interregionale FeDerSerD
Addiction: quale domani
Congresso Interregionale FeDerSerD
I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali 26
Corso di agopuntura bioenergetica e omotossicologia 26
La scuolina - Parole stupefacenti
Prorogato al 15 novembre il termine del Premio Molteni 27

NOTIZIE IN BREVE

Celebrata la Giornata Internazionale contro l'abuso di sostanze 3
Importante atto della Regione Campania
Incontro FeDerSerD-Sitd 9
Incontro di FeDerSerD con l'on. Guidi
Corso di Formazione "Dall'approccio farmacologico al processo educativo-riabilitativo" 40

RECENSIONI

G. Strepparola
Operare nelle dipendenze patologiche
F. Bagozzi, C. Cippitelli 9
Giovani e nuove droghe
M. Di Biasi, Sud-ecstasy 21
G. Cerizza, VM. Borella 21
La paura oltre l'alcol
C. Cerbini, C. Biagianni, M. Travaglino, P.E. Dimauro 35
Alcologia oggi
E. Manzato 35
Trattamento Riabilitativo Integrato 38

LETTERE/DIBATTITI/DALLE REGIONI

Sull'annunciata riforma del T.U. 309/90
Pietro Fausto D'Egidio 30
Associazione Smeraldo 31
Il Presidente della Regione Puglia scrive a FeDerSerD 31

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE



Si sviluppa il percorso di Alta Integrazione nel settore delle dipendenze in Italia

Proseguono i lavori del Progetto di Alta Integrazione tra FeDerSerD, FICT e CNCA. Dopo tre incontri a livello nazionale i tre network hanno prodotto un primo documento sul Dipartimento delle Dipendenze, illustrato al Prefetto Pietro Soggiu, Commissario di Governo per le politiche sulla droga, in un incontro a Roma il 5 giugno.

Si riporta il livello attuale di elaborazione come ipotizzato dagli uffici di presidenza nazionali delle tre organizzazioni.

L'applicazione delle intese Stato-Regioni del 1999, sull'accreditamento del sistema di intervento e sui modelli organizzativi, appare ancora deficitaria ed incerta in molte Regioni italiane.

Il recente annullamento da parte della Corte costituzionale del decreto del giugno 2002 di disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle ASL lascia ulteriormente irrisolti i problemi di rapporto tra gli organi centrali e decentrati dello Stato.

Le disomogeneità regionali e territoriali devono essere ricondotte ad unità partendo dal riconoscimento pieno ed intelligente dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitari e sociali. Emblematica e contraddittoria di questa riorganizzazione del sistema appare la collocazione del fondo nazionale di lotta alla droga in un fondo indistinto, che presenta un concreto rischio di perdita di titolarità da parte dei servizi pubblici e degli enti ausiliari (vedi legge 309/90), come finora realizzato.

Le organizzazioni FeDerSerD, CNCA e FICT, rappresentative del sistema reale degli accreditati in Italia, iniziano una riflessione finalizzata al miglioramento e stabilizzazione del sistema di intervento utilizzando il metodo di lavoro per tematiche.

Un primo argomento, fondamentale per garantire un sistema integrato di prevenzione, cura e diritto alla salute delle persone tossicodipendenti, è quello legato alla istituzione del Dipartimento delle Dipendenze. Tra gli strumenti indicabili, quello della dimensione dipartimentale appare il più utile per svolgere funzioni di programmazione, coordinamento e verifica.

Le organizzazioni che hanno predisposto questo documento propongono a tutti gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, alle forze politiche e sociali, alle istituzioni, ai cittadini, le seguenti riflessioni sul tema del Dipartimento delle Dipendenze.

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E
DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO II, 2003 - N. 6

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Alessandro Coacci, Bernardo Grande,
Alfio Lucchini, Luciana Bacci,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea,
Guido Faillace, Claudio Leonardi,
Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori,
Giorgio Rebolini, Giorgio Serio

Responsabile di Redazione

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,
20066 Melzo (MI), tel./fax 0295736995
missiondirezione@tiscali.it

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,
S. Giuliano Milanese (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano
Sped. in abb. post. -45% art. 2, comma 20/b,
L. 662/96. Filiale di Milano Autorizzazione
Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 30 giugno 2003

Edizione fuori commercio
Tiratura: 5.000 copie



Il settore delle dipendenze e dei fenomeni di abuso di sostanze legali ed illegali, oltre a riferirsi ad acquisizioni e saperi scientificamente consolidati, presenta peculiarità quali: la complessità e la vastità del campo di azione; la relativa velocità nel cambiamento degli scenari con conseguente necessità di analizzare dinamicamente i problemi per produrre risposte coerenti ed efficaci; l'importanza di conciliare una visione ampia e prospettica con esigenze e questioni particolari dei diversi ambiti territoriali; la capacità di strutturare interventi precoci, in grado di anticipare una domanda che, quando espressa spontaneamente, potrebbe essere già conseguente ad un deterioramento individuale o sociale; l'opportunità di armonizzare quanto riguarda il curare ed il prendersi cura, i processi clinici, i processi educativi, gli interventi sociali.

Per la costruzione di una azione preventiva, terapeutica e riabilitativa congruente è, pertanto, indispensabile l'incontro di più discipline, metodologie ed organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse, che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti pubblici e privati accreditati abbiano una effettiva pari titolarità.

Tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici servizi e realtà appartenenti a tutte le strutture primarie di aziende sanitarie (distretto, ospedale, ecc.) e gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, il modello organizzativo dipartimentale appare il più idoneo a soddisfare la pluralità dei soggetti attivi del sistema, a garantirne rappresentatività effettiva e potere partecipato.

Gli Enti e le Associazioni autorizzate che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e ripristino della salute delle persone con uso, abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicoattive cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle Regioni e del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della integrazione socio-sanitaria e interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità di intervento, e delle potenzialità delle famiglie, del volontariato e dell'auto-aiuto.

I medesimi partecipano, nelle forme stabilite dalle leggi ai vari livelli, alla programmazione, alla progettazione, alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

Quanto sopra in armonia con il D.P.R. n. 309/90 e i decreti attuativi, la L.N. 45/99, la legge quadro n. 328/00, il D.Lvo n. 230/99, gli Atti di Intesa Stato Regioni del 1999 sulla riorganizzazione del settore delle dipendenze e la autorizzazione e accreditamento del sistema di intervento, l'Accordo Stato Regioni 2001 sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi del D.Lvo 502/92 e successive modifiche.

In ogni ASL il Dipartimento delle Dipendenze si configura come una articolazione del Servizio Sanitario Regionale al quale è affidata, sul territorio di competenza, la programmazione specifica, l'acquisizione, il monitoraggio e la verifica degli interventi anche mediante il coordinamento tecnico-scientifico dell'interazione tra diversi centri accreditati coinvolti nell'area della dipendenza e dell'abuso di sostanze legali o illegali, in conformità con gli atti nazionali e regionali di riferimento e normato da regolamento specifico.

Spetta al Dipartimento la promozione, l'implementazione e la manutenzione di una rete di intervento che coinvolga detti centri.

Al Dipartimento sono anche affidati il coordinamento e/o la conduzione di specifiche attività territoriali nell'ambito del monitoraggio della diffusione dei fenomeni di abuso e di dipendenza nonché della prevenzione specifica, primaria, secondaria e terziaria.

Sono compiti del Dipartimento: garantire il massimo livello di intervento efficace nei confronti delle dipendenze e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali ed illegali, attraverso la programmazione, l'articolazione e l'interazione degli interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e reinserimento sociale attraverso la definizione condivisa di uno specifico piano pluriennale territoriale di indirizzo programmatico e di gestione della spesa sia sulla quota del fondo sanitario che sui fondi integrativi (es. legge n. 45, legge n. 328); rilevare e monitorare i bisogni assistenziali e di intervento attraverso dati epidemiologici, indagini sociali, verifiche relative a domanda, offerta, spesa e soddisfazione dei clienti; favorire l'integrazione ed il collegamento tra le attività svolte nell'ambito delle diverse strutture accreditate; esercitare funzioni di controllo, garantendo una strategia complessiva di intervento e pari dignità dei soggetti che operano nel sistema di intervento attraverso la definizione di strumenti e indicatori condivisi di valutazione; verificare, sulla base delle indicazioni regionali, l'applicazione degli standard di funzionamento del settore (Enti autorizzati) anche attraverso la definizione delle procedure, l'individuazione e il controllo degli indicatori di qualità delle strutture operative e dei programmi, la verifica del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti; cooperare alla definizione o alla revisione degli standard regionali di accreditamento e di parametrizzazione dei servizi ai livelli essenziali di assistenza; proporre gli accordi contrattuali determinanti per l'accesso al Fondo Sanitario Regionale; stabilire, sulla base delle indicazioni regionali, protocolli di collaborazione tra le strutture accreditate del Servizio Sanitario Regionale ed altre amministrazioni (Prefetture, Istituzioni scolastiche, Sistema carcerario, Comuni, ecc.) definendo gli obiettivi prioritari e le competenze dei singoli componenti della rete, al fine di evitare la dispersione o la sovrapposizione delle risorse; programmare e gestire localmente l'erogazione e l'utilizzo dei fondi nazionali e regionali dedicati a progetti

preventivi, terapeutici o riabilitativi, con particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria; definire, programmare e attuare localmente il piano di formazione e aggiornamento per il sistema di intervento; definire, coordinare e gestire il piano annuale o pluriennale delle ricerche, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali ed internazionali, e con l'Università.

All'interno delle competenze assegnate al Dipartimento particolare importanza è attribuita alla programmazione e alla ottimizzazione della rete di intervento anche per l'esigenza di razionalizzare gli interventi e le risorse, di garantire una reale parità e sussidiarietà tra tutti gli enti accreditati del sistema, garantendo efficienza ed efficacia con costi e modalità compatibili con l'assetto complessivo del Servizio Sanitario Regionale, nonché congruità con la rilevazione della domanda.

Conseguenti alla programmazione sono gli Accordi Contrattuali determinanti per l'accesso al Fondo Sanitario Regionale.

È il livello dipartimentale il luogo di validazione dei percorsi diagnostici e certificativi di patologia di abuso o dipendenza e della salvaguardia della libera scelta dell'utente anche all'accesso diretto, tramite le strutture accreditate per le specifiche funzioni. Questa funzione appare corretta e necessaria in una situazione economica che richiede un sempre più attento monitoraggio e contenimento della spesa.

Al Dipartimento afferiscono, secondo specifici meccanismi di rappresentanza definiti a livello regionale e mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le realtà accreditate, pubbliche e private, coinvolte nell'area della tossicodipendenza e gli Enti Locali. Le definizioni "strutturale o tecnico funzionale" del Dipartimento, previste dalla normativa, devono essere rapportate ai contenuti del Dipartimento stesso.

Pur affermando che la configurazione tecnico funzionale del Dipartimento meglio attiene alle sue finalità, bisogna chiarire che questo non significa sminuire il "potere" di incidenza del Dipartimento, che riteniamo debba avere una autonomia forte in termini organizzativi, di budget e contrattuale.

Una quota definita del budget regionale sanitario, non inferiore all'1,5% (come già indicato da alcune Regioni), a fronte di una media attuale reale dello 0,8%, deve ogni anno essere assegnata al settore delle dipendenze, e in particolare al Dipartimento delle Dipendenze, tramite la Direzione Generale delle Aziende Sanitarie Locali.

La Direzione del Dipartimento va totalmente disgiunta dalla Direzione di uno dei Servizi accreditati nel territorio, secondo la piena applicazione di una funzione dipartimentale che si esplica super partes.

Il Direttore del Dipartimento coordina il Comitato di Dipartimento cui partecipano, tramite un meccanismo di rappresentanza definito a livello regionale, le strutture accreditate, sia pubbliche socio-sanitarie che private, che in via prevalente si occupano di tossicodipendenze.

Il Comitato di Dipartimento è l'organo di programmazione del Dipartimento stesso: al Comitato compete la predisposizione di un progetto generale di intervento che deve tenere conto delle linee di indirizzo dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali competenti. Quest'organo deve garantire pluralità, trasparenza e pari dignità nei rapporti tra le varie componenti. Il Comitato deve essere convocato almeno mensilmente in merito alle decisioni fondamentali inerenti le competenze del Dipartimento secondo un apposito regolamento formulato coerentemente con le indicazioni regionali. Il Comitato si può strutturare anche in gruppi previsti per argomenti, funzioni o ambiti territoriali, quali il Coordinamento Territoriale per l'indirizzo e la ripartizione del Fondo di lotta alla droga - legge 45/99.

Il Direttore di Dipartimento deve, da una parte, coordinare tra pares il Comitato di Dipartimento, dall'altra, rappresentare le istanze dipartimentali ai livelli aziendali e territoriali, avendo come riferimento obbligatorio il comitato stesso.

L'organizzazione del Dipartimento si struttura in aree, congruentemente alle esigenze locali. Tra queste debbono essere comprese: area "osservatorio territoriale"; area "formazione, aggiornamento professionale, documentazione e ricerche finalizzate"; area

"accordi contrattuali"; area "prevenzione e riduzione della domanda"; area "del trattamento"; area "grave marginalità".

Dove ritenuto necessario od opportuno, nell'ambito della programmazione regionale o territoriale e mediante specifici accordi, il Dipartimento gestisce ulteriori funzioni, attività o strutture comuni a tutto l'ambito di competenza caratterizzabili come servizio/supporto offerto alla rete locale di intervento.

A livello regionale deve essere istituito un Comitato Interdipartimentale Regionale, a cui partecipano i Direttori di Dipartimento e i Rappresentanti del pubblico, del privato e degli Enti Locali, finalizzato alla realizzazione di una strategia di intervento condivisa ed uniforme nei diversi ambiti territoriali.

Per le attività previste, compreso il funzionamento delle aree, della segreteria organizzativa e delle procedure amministrative, il Dipartimento delle Dipendenze è dotato di proprio organico e di un budget definito. Le forme organizzative con cui la aree prima declinate e altre eventualmente attribuite sono organizzate nel Dipartimento sono quelle di unità operative, organizzative e uffici, con responsabilità formalmente attribuite. ✎

Roma, 5 giugno 2003

FeDerSerD
Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze

C.N.C.A.
Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza

F.I.C.T.
Federazione Italiana Comunità Terapeutiche

(Sullo stato giuridico, la qualifica professionale, l'afferenza del Direttore del Dipartimento le organizzazioni firmatarie hanno in corso un dovuto approfondimento. L'incarico, quinquennale, può essere rinnovato; l'esperienza professionale deve comprendere almeno dieci anni nel settore delle dipendenze, con specifico curriculum che comprenda anche la comprovata attività nell'ambito della programmazione e del coordinamento di più strutture nel settore).

NOTIZIE IN BREVE

Celebrata il 26 giugno la Giornata Internazionale contro l'abuso di sostanze

Numerose iniziative anche nel nostro Paese per la Giornata del 26 giugno. FeDerSerD ha partecipato a molti incontri, decentrati a livello regionale e provinciale.

Da segnalare la visita del Prefetto Pietro Soggiu, Commissario di Governo per le Politiche Antidroga, ad un Ser.T. romano. In particolare il Ser.T. del Distretto XI, Azienda Unità Sanitaria Locale Roma C, diretto dal collega Claudio Leonardi, del direttivo nazionale di FeDerSerD. Un servizio che si distingue per perseguire iniziative di integrazione tra pubblico e privato sociale. Segnaliamo la collaborazione con la Cooperativa O.S.A. - AID WORKS nella gestione del Centro Diurno e con la Comunità Castel di Leva del CEIS di Roma per l'assistenza farmacologica agli utenti inseriti.

Il profilo professionale del medico del settore delle dipendenze

Alfio Lucchini, Guido Faillace***

Il periodo attuale segna un fermento di iniziative formative nel settore delle dipendenze, al quale FeDerSerD sta offrendo un considerevole contributo. Questo è certamente un segnale di consapevolezza nei colleghi delle carenze gravi nel livello formativo attuale.

La nostra riflessione vuole approfondire dal punto di vista normativo e delle prospettive lo specifico del profilo del medico dei dipartimenti e servizi delle dipendenze.

Un punto di inizio utile è il considerare quale sia il vissuto sociale del medico del proprio ruolo, del proprio lavoro clinico e forse ancora prima, ma fondamentale, come il medico del settore vede la tossicodipendenza.

Già alcuni anni fa, con il collega Mauro Cibin, uno di noi scrisse una review poco incoraggiante per i vissuti dei medici del settore in Italia, poi sviluppata e illustrata in vari congressi del settore delle dipendenze e della psichiatria.

In sintesi, nel deserto di lavori specifici, non notammo grandi differenze nel vissuto di stigma sociale e di pregiudizio verso le persone dipendenti tra la società e i colleghi dei servizi.

Recentemente, nel terzo trimestre del 2002, vi è stata la opportunità (sistematica, preceduta da una condivisione di obiettivi, supportata da una analisi statistica), di valutare il vissuto sociale del medico verso il proprio compito lavorativo e verso lo stato di tossicodipendenza.

Indagini condotte su medici di Ser.T. di aree metropolitane e allargate, con gli stessi metodi, ad operatori non sanitari dei Ser.T., a dirigenti di Comunità Terapeutiche, alla popolazione aperta, a tossicodipendenti in trattamento.

Un lavoro consistente, solo in parte alla data odierna pubblicato, parzialmente presentato (essenzialmente come metodologia) al Congresso di Cernobbio di FeDerSerD alla fine del 2002.

Senza entrare nel merito di questo lavoro scientifico, non ancora pubblicato, ci limitiamo a sottolineare alcune specificità, relative ai medici dei Ser.T.

La rappresentazione della tossicodipendenza vede una maggioranza di colleghi che richiamano il concetto di malattia così come codificato dal DSM IV, ma persiste un non irrilevante numero di medici che affaccia l'ipotesi del vizio.

Questo porta ad un riverbero sul significato della terapia con farmaci sostitutivi: per molti colleghi tale terapia è coerente con la patologia cronica recidivante di base, i farmaci sostitutivi sono farmaci stabilizzanti, ma per un numero non irrilevante sono farmaci per il controllo dei sintomi o addirittura strumenti di controllo sociale.

E ancora una volta non appaiono clamorose le differenze con la popolazione aperta, ove sembra farsi strada una rappresentazione della tossicodipendenza come malattia, seppur

spesso di carattere psico-sociale, accanto a quella di situazione di fragilità psichica e ovviamente di vizio.

A questo punto la terapia con farmaci sostitutivi può essere definita la droga di Stato, ma anche la più nota terapia della tossicodipendenza.

Ma che cosa deve fare un medico delle dipendenze: sicuramente deve avere conoscenze diagnostiche e terapeutiche. Può essere che venga richiesto anche un compito di Coordinamento e di Direzione.

Diciamo compiti di diagnosi e terapia con la capacità di azione a 360 gradi rispetto alla complessità della problematica tossicomaniaca con i risvolti psicologici, sociali e ambientali.

Allora, che caratteristiche deve avere questo medico?

Nella Consensus internazionale tenutasi a Bertinoro nel giugno 2000, Pier Paolo Pani tentava di riassumere in questo modo la questione (dagli atti pubblicati nel dicembre 2001): "A tutt'oggi non è chiaro quanto l'intervento medico nel campo della tossicodipendenza competa allo psichiatra, piuttosto che all'internista, farmacologo, infettivologo o altro. Basti pensare alle professionalità, limitandoci a quelle mediche, operanti presso i Ser.T. Il panorama italiano si propone a tal proposito in maniera quantomai variegata (internisti, infettivologi, igienisti, psichiatri, tossicologi, ecc.). La persistenza di questo stato di confusione può essere in parte compresa sulla base dell'evoluzione storica del fenomeno tossicomaniaco e della *acquisizione relativamente recente del concetto di tossicodipendenza come malattia*. In particolare le scienze ufficiali, quelle biologiche e quelle umane, hanno stentato parecchio a rispondere ai bisogni della ricerca, dell'insegnamento e del trattamento di questa condizione.

La volenterosità di pochi del mondo accademico non ha risolto il grande problema della confusione di ruoli, competenze, obiettivi; *a tutto svantaggio del risultato degli interventi*. In questa sorta di disimpegno accademico generalizzato, il ruolo giocato dalla psichiatria colpisce maggiormente, soprattutto perché, tra le diverse discipline mediche, appare la più attrezzata per occuparsi dell'interfaccia biologico-psicologica e per dialogare con le altre scienze sociali ed umane.

In realtà con il tempo il coinvolgimento della psichiatria nello studio e nell'intervento nel campo della tossicodipendenza è aumentato considerevolmente: le successive edizioni del DSM offrono uno spazio sempre maggiore all'argomento, così come sono evidenti i progressi nell'inquadramento concettuale e sistematico. La tossicodipendenza rappresenta oggi un articolato disturbo comportamentale che per la sua natura rimanda costantemente agli strumenti culturali ed operativi della psichiatria. Pur considerando i risvolti di interesse internistico, igienistico, tossicologico, di questa patologia, ci sembra doveroso, nell'approccio al paziente portatore di un disturbo da uso di sostanze, partire dal primo punto, cioè l'inquadramento della patologia di base".

* *Segretario Esecutivo Nazionale FeDerSerD.*

** *Direttivo Nazionale FeDerSerD.*

Piace segnalare che queste considerazioni portarono gli esperti convenuti a Bertinoro a richiamare la psichiatria ai suoi doveri, senza restringere le competenze tecniche specifiche agli specialisti in psichiatria.

Veniva infatti segnalato che, come in molti altri campi della medicina, ciò che conta è saper gestire un problema indipendentemente dal titolo accademico conseguito.

Concludendo questo excursus vorremmo anche chiarire che non bisogna arrivare da queste premesse a conclusioni operative, ad esempio organizzative.

Anzi, proprio le premesse della esclusione operativa delle patologie da uso da sostanze operata dalla psichiatria italiana e il conseguente ritardo conoscitivo e scientifico, consigliano di iniziare a condividere il problema con forme di interazione (quali protocolli, programmi, ecc.) per un futuro livello superiore di integrazione.

Vorremo soffermarci su ulteriori riflessioni.

Emerge ancora oggi come centrale il lavorare al superamento della visione di dipendenza come "particolare malattia o addirittura come vizio" che abbiamo visto persistere in un certo numero di colleghi. Senza questo salto di qualità il resto è virtuale.

Di questo bisogna tenere conto in ogni livello di formazione post laurea. Il medico delle dipendenze deve avere una formazione biologica ovviamente, ma anche antropologica, culturale e sociale.

Dei circa 1.500 medici che operano nel settore in Italia (al 97% nei Servizi pubblici) si stima che quasi metà non abbiano specializzazioni o specializzazioni non di area medica, il 50% specializzazioni di area medica, e solo un terzo di questi ultimi siano psichiatri (circa 250 unità). I tossicologi sono una cinquantina e poco più gli igienisti.

Con tutta la buona volontà, bisogna mettere mano a questa situazione, che tende a peggiorare con il blocco dei concorsi e l'immissione conseguente nei Servizi di medici consulenti provenienti da esperienze ulteriormente variegata.

Ma cosa prevede la legislazione attuale per l'immissione dei medici nei Servizi territoriali.

Un tema centrale è sempre stato identificare la disciplina di riferimento a cui ricondurre le attività dei Servizi.

Grande occasione perduta (pur con un D.M. emanato) fu la istituzione della disciplina di Medicina delle Farmacotossicodipendenze nel dicembre 1991.

I successivi atti di riforma e controriforma della sanità e della istruzione in Italia e in Europa hanno devastato quel provvedimento, che doveva essere il viatico anche per la Scuola di specializzazione.

Ma la base era buona e da recuperare. Un insieme di competenze e di discipline concorrenti alla definizione di una prima vision del medico delle dipendenze.

Il 5 maggio 2003, su richiesta di una ASL siciliana, il Dirigente generale della prevenzione del Ministero della Salute, ha risposto in modo articolato ad un quesito sull'area di appartenenza dei Ser.T., dopo aver acquisito il parere della Direzione generale risorse umane e professioni sanitarie (il testo integrale è consultabile su www.federserd.it).

Vale la pena schematizzare questa risposta.

Alla domanda "A che area appartengono i Ser.T., come orientarsi, cosa conta davvero?", la risposta del Ministero è gerarchica: in primis *la eventuale normativa regionale emanata al riguardo*, poiché non esistono norme nazionali che identifichino l'area di appartenenza dei Ser.T., in quanto l'area socio sanitaria a elevata integrazione e l'individuazione delle rela-

tive discipline della dirigenza sanitaria, prevista dal D.Lvo n. 229/99, manca dei provvedimenti attuativi.

In seconda battuta, *se manca una normativa regionale, la scelta della disciplina nella quale inserire i Ser.T. rientra nel potere discrezionale del Direttore Generale della ASL*, il quale, dopo opportune valutazioni circa l'organizzazione della struttura, ai fini del buon andamento della stessa, *assegnerà il Ser.T. ad una determinata disciplina.*

Detto questo, l'Azienda deve ispirarsi ai criteri per l'accesso alla dirigenza medica secondo le norme del SSN, il D.M. 444/90, le tabelle del D.M. 30 gennaio 1998.

Per rispolverare tali normative, i *Servizi e le Specializzazioni equipollenti ai Ser.T.* sono:

- Area medica e delle specialità mediche: PSICHIATRIA.
- Area della medicina diagnostica e dei servizi: FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA.
- Area della sanità pubblica: ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE.
- Area di psicologia: PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA.

Viene inoltre precisato che il livello apicale della dirigenza medica, salvo particolari motivazioni, andrà assegnato a dirigenti in possesso dei requisiti previsti per le medesime discipline.

Per il livello iniziale della dirigenza medica si applicano le stesse previsioni, anche se, stante la complessità e multidisciplinarietà del servizio Ser.T., si ritiene possa essere giustificata la presenza di singoli medici in possesso dei requisiti di accesso per ulteriori e diverse discipline (esempio infettivologia), sulla base della organizzazione e delle specifiche esigenze assistenziali individuate dalla ASL per il singolo Servizio.

Cari colleghi, documento interessante, ma non è su queste precisazioni che possiamo sperare nel futuro.

Per venire al che fare, vorremo ripartire dal Congresso di FeDerSerD di Cernobbio.

In tale occasione cattedratici di varie discipline e clinici dei Ser.T. si sono confrontati sul tema della formazione, con particolare attenzione a quella post laurea.

Riporto dal documento finale sottoscritto alcune esortazioni: "Inserire, in ogni Corso di Laurea, dedicato alle figure professionali operanti all'interno dei Servizi pubblici e privati delle Dipendenze, insegnamenti sulle Scienze delle Dipendenze e sulle attività specifiche del settore. Valorizzare le esperienze di formazione post universitaria esistenti con un percorso di Coordinamento Nazionale che lavori sugli standard di qualità dei corsi, sui programmi e sull'evoluzione verso Master di Formazione. Tale Coordinamento avrà anche funzione di pressione sulle Istituzioni per arrivare alla realizzazione delle Scuole di Specialità. Favorire la nascita di iniziative formative post Diploma di Laurea".

Ebbene, partiamo dal nostro concreto, unifichiamo le ottime esperienze in atto (Master, Corsi dedicati nella laurea, Corsi di perfezionamento, Scuole superiori, ecc.) e puntiamo dritti alla scuola di specializzazione.

Accanto al recupero della disciplina in Medicina o Scienze delle Dipendenze puntiamo sulla Scuola di specializzazione, base per arrivare alla stabilizzazione del sistema ed evitare il declino della professionalità medica di settore, che rischia di attuarsi in Italia in controtendenza con l'Europea e il mondo intero.

In questo senso FeDerSerD si fa parte attiva, sia presso i Ministeri competenti, sia presso il Parlamento Europeo, per proposte realistiche e puntuali. ✍

Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche

Organizzazioni associate:

Alea, Erit, FeDerSerD, Itaca Italia, Sia, Sicad, Sitd

Considerazioni e proposte riguardo alla modifica della normativa sulla droga

Preso atto

che è in corso una revisione della legislazione esistente in tema di droga e che il Commissario Straordinario del Governo ha chiesto alla Consulta di esprimere proposte e suggerimenti in merito;

Preso atto

che, in mancanza di dettagliate informazioni sulle proposte attualmente in discussione, non è plausibile entrare nel merito stretto dell'articolo e che questo sarà possibile solo quando le proposte saranno rese disponibili e pubbliche;

Ricordato

in particolare che questa Consulta ha già sottoposto al Commissario Straordinario, unitariamente o per tramite di alcune delle Società aderenti, due proposte di modifica riguardanti l'istituzione dell'Agenzia Nazionale per lo Studio dei Trattamenti dei problemi droga-correlati sul modello del NIDA negli Stati Uniti d'America, l'abolizione dell'art. 83 del T.U. 309/90 in tema di prescrizioni abusive, ed i due documenti della Sicad sull'appropriatezza delle prescrizioni delle terapie sostitutive e sui modelli di consultazione per la comorbidità psichiatrica.

la Consulta

intende segnalare e sottolineare alcuni principi generali che ci si aspetta siano rigorosamente rispettati nella legge.

Premesse

- Consideriamo le dipendenze come il risultato di un complesso intreccio di fattori, ambientali ed individuali, biologici, psicologici, pedagogici, sociali e culturali.
- Consideriamo le dipendenze come quadri diversificati di patologie, mai riconducibili a schemi semplificativi.
- Consideriamo ancora importante la suddivisione che l'OMS propone già diversi anni fa tra l'uso, l'abuso ed il consumo. In questo quadro di differenze, le risposte devono essere variate ed adeguate al problema che si affronta.
- Siamo contrari a letture, politiche e pratiche basate su approcci ideologici e moralistici di qualsivoglia natura ed orientamento.
- Consideriamo assolutamente prioritaria una strategia complessiva basata sul sistema delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche professionali.

Tutto ciò premesso, riteniamo che un adeguamento legislativo debba ottemperare ai seguenti principi:

1. *il rispetto della dignità umana* della persona dipendente, in quanto cittadino e individuo in difficoltà e non come soggetto "vizioso" meritevole di persecuzione e repressione sociale. Particolare attenzione deve essere dedicata al problema della privacy;
2. *la salute* delle persone con problemi di dipendenza deve essere tutelata, sul piano individuale e collettivo, indipendentemente dalla loro disposizione ad accedere a percorsi di emancipazione dalla dipendenza e non debbono essere posti in essere interventi che vincolino la tutela della salute all'accettazione di progetti di cambiamento.
3. le persone dipendenti devono avere *garantito l'accesso ai trattamenti* più diversificati, di dimostrata efficacia, a partire dai bisogni di ogni singolo utente. Tale garanzia all'accesso ai trattamenti lascia invariata la responsabilità professionale dell'operatore nella scelta e

nella proposta all'utente della migliore risposta terapeutica possibile, stante le condizioni del soggetto e la diagnosi multifattoriale della sua situazione;

4. i trattamenti *non vanno imposti*, salvo in casi di reale, imminente e incontestabile minaccia alla salute pubblica e/o di reale rischio per la vita della persona stessa;
5. vanno rispettate *scelte in ambito terapeutico effettuate in scienza e coscienza* dagli operatori. Imperizie, negligenze o sottovalutazioni sono sempre possibili, ma rientrano nel campo delle conseguenze etiche e penali degli errori professionali;
6. l'attuale assetto del sistema dei servizi è frutto di più di un trentennio di esperienze. Esso va considerato come un *patrimonio conosciuto e considerato anche a livello internazionale* e correttamente approfondito prima di modificarlo in modo sostanziale e non scientificamente motivato;
7. il sistema dei trattamenti deve garantire i *principi fondamentali della bioetica*: quello di beneficio, quello di non-maleficidio, quello di giustizia e quello di autonomia;
8. l'esperienza fin qui condotta, mostra che le "buone pratiche" sono patrimonio sia dei servizi pubblici e che di quelli del privato sociale. Va garantita tra essi una *parità di un'attenzione e riconoscimento*, a partire da collocazioni e responsabilità differenti. Le esperienze del coordinamento e della rete dei servizi vanno potenziate energicamente;
9. la legge deve garantire interventi finalizzati all'*implementazione della professionalità* di tutti gli operatori pubblici e privati: curricula, profili professionali, formazione di base, aggiornamento, riqualificazione, scambio professionale e supervisione;
10. la legge deve garantire che sia *promossa e sostenuta la ricerca clinica*, sperimentale, medica, psicosociale e valutativa nel settore. ✍

Alea

Erit

FeDerSerD

Itaca Italia

Sia

Sicad

Sitd

c/o Itaca Italia

Via Tripoli, 110 - 00199 Roma

Tel. (+39) 0686381988 - Fax (+39) 0686382176

Roma, aprile 2003

NOTIZIE IN BREVE

Importante atto della Regione Campania

Con delibera di Giunta Regionale n. 2136 del 20 giugno 2003 "Organizzazione dei Servizi Dipendenze nelle ASL - Dipartimento per le Dipendenze" si è concluso un lungo percorso che grazie alla competenza e disponibilità dei dirigenti regionali ha visto colmare un vuoto legislativo determinante per la funzionalità dei servizi.

FeDerSerD Campania è stata sempre presente, attiva e propulsa per raggiungere questo risultato.

Nel prossimo numero di Mission verrà pubblicata e commentata la delibera.

INCONTRO DELLE DELEGAZIONI NAZIONALI DI FeDerSerD E SITD

Il giorno 2 maggio 2003 a Viareggio è avvenuto un incontro promosso da Gian Paolo Guelfi, Presidente di SITD, con FeDerSerD. Erano presenti per FeDerSerD il Presidente Alessandro Coacci ed i Consiglieri Nazionali Maurizio Fea e Claudio Leonardi, per SITD il Presidente Gian Paolo Guelfi, il Consigliere Nazionale Paolo Jarre ed il Presidente della Sezione Regionale del Piemonte Emanuele Bignamini. FeDerSerD e SITD si caratterizzano per il fatto di rappresentare in larga misura tra i propri aderenti gli operatori dei Servizi delle Dipendenze - Ser.T., fatto questo specifico che le accomuna al di là della contemporanea appartenenza alla Consulta delle Società ed Associazioni scientifiche di settore.

L'area di lavoro delle tossicodipendenze è in Italia in grande difficoltà per le prese di posizione che si stanno delineando a vari livelli; il rischio è che le Società Scientifiche si comportino avendo presente solo il proprio "particolare" facendo come i "capponi di Renzo".

Pertanto, concordemente si ravvisa la necessità di creare un ambito di confronto organico e stabile tra le due Società, per verificare la possibilità di costruire una "visione comune" sui problemi che affliggono la nostra area di lavoro; l'ipotesi è quella di un incontro periodico tra i due Direttivi o meglio ancora tra gruppi di lavoro delegati, sebbene non vi siano attualmente prospettive a breve termine di integrazione tra le due realtà a livello nazionale.

Si può cominciare individuando aree di lavoro comune sull'interfaccia tra operatori e politica delle dipendenze, presidiando gli aspetti politici nella difesa dei servizi e della loro funzionalità dagli attacchi sul piano culturale-scientifico e economico.

Le missioni di FeDerSerD e SITD sono in parte diverse da quelle delle altre Società/Associazioni aderenti alla Consulta ed in ciò ha senso un confronto "a parte" rispetto agli impegni della Consulta stessa.

Per quanto attiene la questione delle "doppie iscrizioni" dove le realtà locali sono "mature" come in Piemonte questa strada è da praticare, senza escludere il fatto che in futuro possa esserci una maggiore comunione di intenti nazionale.

Per il 2004, oltre ad un'indispensabile concertazione sui rispettivi calendari sociali, viene proposta un'iniziativa comune delle due Società, che potrebbe avere luogo a Roma nella primavera 2004 con temi a cavallo tra le evidenze scientifiche ed il merito tecnico degli interventi, la politica delle dipendenze e l'organizzazione dei servizi. Per quanto riguarda i calendari si è perfezionata una prima programmazione.

SITD terrà a Bari, 12 settembre 2003, un evento su "Disturbo Bipolare e Disturbo da uso di sostanze", a Milano il 23-24 ottobre 2003 su "Economics in addiction", sempre in ottobre 2003 ad Aosta sulla "Cronicità", il 29-31 gennaio 2004 a Cagliari su "Farmacoterapia", nell'ottobre 2004 a Bari il "V Congresso Nazionale".

FeDerSerD il 18-19 settembre 2003 terrà alla Reggia di Caserta un congresso su "Tossicodipendenze: aspetti clinici, etici e dell'intervento territoriale", il 17-18 ottobre ad Abano Terme su "Disturbi di ansia e affettività e dipendenze"; dal 24 al 26 novembre a Faenza su "Formazione e dipendenze"; a metà febbraio 2004 a Milano su "Le forme della integrazione"; nel giugno 2004 a Firenze il "II Congresso Nazionale".

INCONTRO AL MINISTERO DELLA SALUTE DI UNA DELEGAZIONE DI FeDerSerD CON IL SOTTOSEGRETARIO ON. ANTONIO GUIDI

Il 12 maggio 2003 una delegazione di FeDerSerD, composta da Alessandro Coacci, Guido Faillace, Antonio d'Amore e Franco Santangelo si è incontrata a Roma con il prof. Antonio Guidi, sottosegretario al Ministero della Salute.

Oltre a illustrare i programmi della Federazione ci si è soffermati sulla realtà del fenomeno del consumo e dipendenza da sostanze in Italia.

In particolare gli aspetti sanitari del problema sono stati affrontati e molto positivamente l'on. Guidi ha manifestato la volontà di essere parte attiva per quanto di competenza.

La realtà dei Servizi, dei Ser.T. in particolare, non è stata sottaciuta, a partire dalle difficoltà in personale e strumenti.

La trasformazione del nostro SSN, con la Aziendalizzazione delle USL, impone una sfida di innovazione strutturale e gestionale che

solo, come previsto, la integrazione delle attività dei servizi in un "Dipartimento per le dipendenze" può affrontare e assolvere.

Attenta è stata l'analisi della realtà della diffusione delle patologie correlate alle dipendenze e dei risvolti ancora rilevanti per la sanità pubblica.

Il sottosegretario ha segnalato con piacere lo sforzo di FeDerSerD di operare al fine di stemperare le polemiche ideologiche e strumentali per ricondurre il dibattito in questo settore a ciò che la scienza e la ricerca indicano come dati acquisiti nei consensi scientifici.

È stato ricordato un impegno di approfondimento: il tema formativo, e in particolare la rapida identificazione della disciplina di riferimento a cui ricondurre le attività dei Servizi.

RECENSIONE



Giovanni Strepparola
(a cura di)

Operare nelle dipendenze patologiche

Missioni dei servizi e specializzazione dell'intervento
Introduzione di Alessandro Coacci

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/
Quaderni, diretta da Alfio Lucchini
pp. 272, € 21,00 - cod. 231.1.10 (V)

Questo volume raccoglie i poster e le comunicazioni presentati durante il I Congresso di FeDerSerD, tenutosi a Cernobbio tra il 17 e il 19 ottobre 2002. I lavori, suddivisi in quattro sessioni - Organizzazione, Prevenzione, Trattamento e Riabilitazione,

Valutazione - erano consultabili durante i lavori congressuali grazie ad un sistema di presentazione video.

La ricchezza dei contenuti e la qualità delle elaborazioni hanno spinto a raccogliere e rendere ulteriormente consultabili i contributi presentati.

Sono rappresentati tutti gli ambiti all'interno dei quali si anima attualmente il dibattito scientifico e istituzionale in materia di dipendenze e stili di consumo patologici; le metodologie, anche le più moderne, sono ampiamente descritte e commentate.

Non mancano inoltre stimoli critici per la riorganizzazione dei servizi, centrali in questo momento di rapida evoluzione della fenomenologia delle dipendenze.

Un libro che testimonia la vitalità culturale che tuttora pervade gli operatori che lavorano in questo settore e che ne sostiene l'agire quotidiano tra il desiderio di fare e la necessità di sapere.

Giovanni Strepparola, dirigente psichiatra, coordinatore area Ser.T. del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2; è autore di numerose pubblicazioni sulle dipendenze patologiche. Durante il I Congresso FeDerSerD ha coordinato la sessione poster e comunicazioni.

Ancora in merito all'affido domiciliare del farmaco sostitutivo. Breve revisione della letteratura

Giovanni Strepparola*

Introduzione

Il dibattito sull'affido domiciliare dei farmaci sostitutivi sta coinvolgendo in modo crescente gli operatori e le autorità sanitarie. In varie sedi di dibattito vengono ospitati interventi in difesa di questa modalità di somministrazione o di critica verso chi la utilizza.

Queste ultime purtroppo a volte prendono le forme di attacchi sprezzanti nei confronti di tanti colleghi che, in buona fede e in assenza di una legislazione chiara, cercano di mediare tra le giuste necessità dei pazienti e il controllo nei confronti di un uso non terapeutico dei farmaci.

Senza voler prendere posizioni polemiche o forzatamente di parte, ci è parso utile riportare un breve *excursus* di lavori apparsi sulla letteratura internazionale degli ultimi anni su questo argomento.

Operazione di certo non risolutiva, ma di maggior correttezza rispetto a tante prese di posizione, cui purtroppo ci stiamo abituando, denigranti e offensive nei confronti dell'attività degli operatori. Secondo una prospettiva terapeutica di derivazione cognitivo-comportamentale, l'obiettivo del trattamento è di diminuire la dominanza di comportamenti legati alle sostanze, e di aumentare simmetricamente la dominanza di comportamenti alternativi socialmente accettabili.

Tecniche *behaviouriste* di estinzione, gratificazione o punizione possono essere utilizzate per favorire i comportamenti desiderabili e inibire quelli indesiderabili.

Il trattamento metadonico, in questo senso, offre delle possibilità notevoli: riduce l'efficacia di rinforzo delle droghe d'abuso, gratifica i soggetti e, nello stesso tempo, può essere usato come rinforzo sfruttando ad esempio le modalità di somministrazione, quali appunto l'affido domiciliare.

In un'epoca "arcaica" di trattamenti con metadone, l'efficacia a breve termine di questa strategia terapeutica era già stata dimostrata tramite la gestione della dose o la sospensione del trattamento come evento punitivo.

Successivamente, si è però privilegiato l'uso sistematico dell'aggiustamento della dose e della concessione del privilegio dell'affido domiciliare, che possono essere validi corollari al trattamento, avendo un impatto positivo sia sull'esito che sui vari interventi clinici, specie se l'uso del rinforzo è condizionato alla partecipazione in programmi terapeutici (M.L. Stitzer *et al.*, 1985).

Il gruppo di Baltimora (M.L. Stitzer, M.A. Chatuape, G. Bigelow *et al.*) è autore del maggior numero di lavori reperiti in letteratura sull'efficacia dell'affido domiciliare quale rinforzo nei trattamenti metadonici a mantenimento.

Questi studi hanno indagato anche quale sia la preferenza dei rinforzi da parte dei pazienti; ad esempio K.L. Preston *et al.* (2002) riportano che i pazienti che possono avere come rinforzo o un *voucher* o l'affido del farmaco se hanno urine negative hanno risultati migliori rispetto a quelli che usufruiscono di rinforzi casuali; non solo: più il programma di rinforzo è lungo e più è precoce e meglio funziona.

Se si propongono un ventaglio di incentivi possibili, la preferenza dei pazienti cade nettamente sull'affido, seguito dall'aumento della dose e dal *counselling*.

Se si propongono anche generi di consumo diversi (buoni pasto o per il gas, noleggio di cassette o dischi, cure mediche, ecc.), la maggior parte dei soggetti (64%) mette l'affido tra le prime cinque scelte (M.A. Chatuape *et al.*, 1998; M. Stitzer *et al.*, 1978).

Preferirebbero invece 50\$ in contanti per ogni urina negativa i soggetti descritti da L. Amass *et al.* (1996), il privilegio dell'affido è però secondo nelle preferenze, seguito dal *voucher* a punti.

Nessuno sceglie il *counselling*, mentre ben il 74% vorrebbe un aumento della dose. Comunque, in generale, i premi preferiti sono il pagamento e l'affido domiciliare.

Quindi, per riassumere, diciamo che c'è un certo accordo sull'uso della contrattazione basata sull'affido allo scopo di rinforzare il mantenimento dell'astinenza, almeno nel breve periodo.

Accanto a ciò, qualcuno suggerisce però di puntare in modo parallelo su altri trattamenti: basterebbe investire un po' di più nel *counselling*, nella psicoterapia individuale e nella contrattazione per ottenere miglioramenti sensibili nell'esito del trattamento metadonico (C.P. O'Brien *et al.*, 1995).

Naturalmente, la diffusione dell'affido domiciliare ha creato anche negli Stati Uniti i problemi con cui anche noi stiamo avendo a che fare.

Vengono prima descritti brevemente gli studi di efficacia e successivamente la sicurezza d'uso e le proposte alternative.

Efficacia

Come premesso, molte delle ricerche sull'efficacia dell'affido nei trattamenti con metadone a mantenimento sono state pubblicate dal Dipartimento di Psichiatria e Scienze Comportamentali di Baltimora.

Il loro lavoro più recente (M.A. Chutuape *et al.*, 2001) valuta l'effetto della frequenza delle urine sull'esito del trattamento, in un programma metadonico in affido domiciliare.

Il gruppo di soggetti che veniva sottoposto *random* ad un prelievo di urine una volta la settimana andava meglio degli altri gruppi (raccolta una volta al mese, nessun programma di raccolta) e più precocemente (56% contro 38% di urine negative a eroina e cocaina per oltre otto settimane consecutive); già dopo tre mesi anche il gruppo con prelievo mensile migliorava. Secondo gli autori, un programma di affido metadonico basato sulla negatività dell'esame urine previene il declino dell'efficacia del trattamento nel tempo e dimostra che l'astinenza può essere sostenuta anche con morfinarie eseguite poco di frequente.

In una ricerca precedente di *follow up* su 21 pazienti in affido domiciliare, solo il 28% hanno avuto un *drop out* durante i 12 anni dello studio e solo lo 0,5% delle urine raccolte erano positive per sostanze d'abuso.

Nessuna osservazione di *overdose* o vendita del farmaco affidato. Sul piano soggettivo, i partecipanti riportavano un significativo miglioramento della qualità della vita (R.P. Schwartz *et al.*, 1999).

In una valutazione sul breve periodo di terapia, si osserva come la procedura di rinforzo con affido produce un maggior numero di individui con urine negative consecutive per 4 settimane (32% contro 8% del gruppo di controllo) (M.L. Stitzer *et al.*, 1992).

Il rinforzo tramite l'affido indurrebbe anche una maggior frequenza delle sedute terapeutiche rispetto a quella osservata con altri tipi di rinforzo (M. Kidorf *et al.*, 1994): l'aumentata frequenza non è però associata ad una diminuzione dell'uso di sostanze, almeno in questa ricerca, forse per l'alta percentuale d'uso nelle condizioni pre-studio, anche se con il metodo descritto è possibile incrementare l'aderenza ad altre terapie, di integrazione al trattamento farmacologico.

Tra i lavori di efficacia presentati da altri Centri statunitensi, ricordiamo quello del gruppo di Huston (J.M. Schmitz *et al.*, 1998) che riporta due studi: nel primo, i pazienti che nella prima fase del trattamento ricevono più affidi mostrano minor uso di sostanze duran-

* Coordinatore Area Ser.T. e Responsabile U.O. Ser.T. Gorgonzola, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 2.

te la fase centrale del programma metadonico; nel secondo studio, l'affido domiciliare riguarda la fluoxetina per il trattamento dell'abuso di cocaina.

Sempre gli stessi autori (H.M. Rhoades *et al.*, 1998) ribadiscono i medesimi risultati: ricevere l'affido precocemente nel trattamento migliora la ritenzione; se poi la dose del farmaco è clinicamente adeguata (> 50 mg), l'esito è ancora più favorevole, anche se misurata in termini di diminuzione dei comportamenti correlati all'uso di sostanze; infatti, non riferiscono nessuna siero-conversione HIV durante il trattamento.

Stessi risultati incoraggianti anche in uno dei primi lavori di efficacia (J.B. Milby *et al.*, 1978).

L'efficacia dei programmi metadonici *take home* pare andare oltre il controllo dell'abuso di oppiati per interessare anche quello di altre sostanze, quali le benzodiazepine.

Secondo gli autori del Centro di Baltimora, e non solo, questa modalità di rinforzo è in grado di prevenire l'abuso di molte sostanze nei soggetti in trattamento, preventivamente disintossicati. In uno dei loro lavori, quattordici pazienti in trattamento metadonico, in cui era però evidenziato anche un uso cronico non terapeutico di benzodiazepine, dopo la disintossicazione sono stati inseriti in un programma di affido domiciliare con possibilità di ritirare il farmaco a urine negative per benzodiazepine (sette soggetti, mentre gli altri sette costituivano il gruppo di controllo).

Il gruppo in trattamento aveva significativamente più urine negative alle benzodiazepine rispetto alla fase pre-trattamento se confrontato con il gruppo di controllo (M.A. Chatuape *et al.*, 1999a; M.L. Stitzer *et al.*, 1982).

Stesso risultato, ma sui cannabinoidi, riportato dal Centro di Seattle (D.A. Calsyn *et al.*, 1999): la metà dei soggetti indagati hanno interrotto l'uso di *cannabis* allo scopo di mantenere l'affido del farmaco. Un risultato incoraggiante è stato ottenuto anche su soggetti in trattamento con metadone che utilizzano cocaina e che sono stati suddivisi in tre gruppi: nel primo guadagnavano un giorno di affido domiciliare per ogni urina negativa; nel secondo, tre urine negative erano necessarie per avere il primo privilegio di affido; mentre il terzo costituiva il gruppo di controllo.

Il 24% dei soggetti dei gruppi con affido hanno smesso di usare cocaina, nessuno nel gruppo di controllo. Inoltre si è osservata una ulteriore diminuzione percentuale delle urine positive (da 18 a 14%) alla morfina.

Viste le caratteristiche dei soggetti trattati, questo tipo di intervento sembrerebbe pertanto utile per ridurre l'uso di eroina e cocaina anche in soggetti scarsamente dotati, con una lunga storia di abuso (M.A. Chutuape *et al.*, 1999b).

Infine, riportiamo il riferimento ad un meno recente lavoro sul poli-abuso nei soggetti a metadone (S. Magura *et al.*, 1988): la contrattazione basata sull'affido ha un effetto positivo, benché transitorio, sui soggetti poli-abusatori, esclusi quelli che usano cocaina, sui quali il semplice rinforzo basato sul *take home* non sarebbe sufficiente.

L'affido come indicatore

L'affido domiciliare è stato addirittura proposto quale variabile di esito di altre modalità terapeutiche, come in un lavoro pubblicato dal Dipartimento di Farmacologia e Tossicologia dell'Università dell'Arkansas, dove hanno deciso di sperimentare una modalità autonoma (gestita cioè dal paziente) di disassuefazione dal trattamento metadonico.

Hanno poi verificato che tutti avevano a casa la dose residua affidata e che le forze dell'ordine non avevano riportato "spaccio" di metadone nell'area.

Quindi hanno usato l'affido come indice di efficacia del trattamento, pare con successo (E. Robles *et al.*, 2001).

G.W. Joe *et al.* (1994) hanno invece ricercato gli indicatori predittivi di efficacia in 590 pazienti a metadone seguiti in diverse cliniche: l'esito favorevole (misurato sulla base delle ricadute) era correlato positivamente al dosaggio, alla presenza di un monitoraggio delle ricadute tramite esami urine e alla disponibilità del privilegio dell'affido domiciliare.

Le restrizioni rispetto alla possibilità di ottenere l'affido sembrano invece ottenere un effetto negativo sull'esito e sull'andamento della terapia. Infatti, i colleghi del Servizio di Cagliari (P.P. Pani *et al.*, 1996) hanno preannunciato ad un gruppo di pazienti la possibilità di uscita di

una legge restrittiva rispetto alla possibilità di continuare ad usufruire del privilegio dell'affido domiciliare ed hanno poi confrontato questi soggetti con un gruppo di controllo, a cui non avevano dato questa comunicazione: la conclusione è stata che la regolazione restrittiva può essere controproducente per la ritenzione in trattamento.

Sicurezza

Il problema è più antico di quanto possiamo immaginare noi europei: gli effetti derivanti dall'utilizzo diffuso di questa modalità di somministrazione hanno iniziato ad interessare gli addetti ai lavori molto precocemente se, già nel 1976, alcuni autori si chiedevano (e chiedevano alla comunità scientifica): "*È possibile proteggere la comunità contro i rischi derivanti dal metadone affidato?*" (A. Goldstein *et al.*, 1976).

E ancora prima ci si domandava se non fosse meglio intensificare al massimo, anziché diradare, gli incontri in clinica: "*Visite quotidiane, nessun affido domiciliare, interventi sette giorni/settimana: ritenzione in trattamento e modelli occupazionali conseguenti la fine dei privilegi di affido domiciliare in una clinica per metadone a mantenimento*" (V.D. Patch *et al.*, 1973).

Per cui molto presto gli autori americani (ad esempio, F.R. Goldman *et al.*, 1978) hanno cercato di riflettere su cosa fare rispetto all'affido, vista la presenza di soggetti che usavano metadone illegale prima di entrare in trattamento e che la provenienza del farmaco era molto probabilmente quella di affidi venduti.

Di sicuro, ancora oggi il metadone a mantenimento viene considerato un valido metodo per ridurre la mortalità da uso di oppiati, ma il raggiungimento di questo scopo è minacciato dagli *standard* di sicurezza, specialmente se i privilegi di affido sono garantiti troppo ampiamente e senza regole (N. Scherbaum *et al.*, 2002).

La discussione attuale interessa e coinvolge ampiamente colleghi di area europea, che più recentemente, anche grazie ad interventi legislativi che lo hanno reso possibile, si sono trovati a fronteggiare aspetti del problema relativi all'ampio diffondersi della somministrazione domiciliare. S.V. Vormfelde *et al.* (2001) dell'Università di Gottingen discutono le morti attribuite al metadone: il 70% di queste morti riguarda soggetti non in trattamento, mentre il 51% riferite a soggetti in trattamento, avvengono durante la fase di induzione del farmaco.

Vi sono altri motivi di rischio, quali il metadone assunto in aggiunta a quello del trattamento, l'uscita dal carcere o dalla comunità terapeutica e il metadone auto-somministrato per via endovenosa.

Secondo Vormfelde, l'abuso di metadone nei soggetti non in trattamento è quasi del tutto attribuibile al farmaco venduto al "mercato grigio", per cui, proibire l'uso di metadone *take home* ridurrebbe efficacemente le morti da metadone.

In alternativa, si propone di utilizzare sostanze a più lunga durata d'azione, a più lenta azione o agonisti parziali, come il levo-alfa-acetil-metadolo (LAAM) o la buprenorfina.

Altri suggerimenti riguardano il periodo iniziale del trattamento e l'uscita dal carcere o dalla comunità; il naloxone potrebbe inoltre aiutare a prevenire le *overdose* da metadone in vena.

Tutte queste misure alternative, se messe in atto, aiuterebbero a migliorare l'accettazione pubblica del metadone.

A. Heinemann *et al.* (2000) studiano la mortalità legata al metadone ad Amburgo durante gli anni '90: vi è sicuramente una diminuzione dell'eroina come causa di morte dal 60 all'11% ed un aumento delle morti da poli-abuso di sostanze e metadone. In particolare, nel triennio 1997-1999, nel 39% dei casi il metadone è la causa di tutte le morti sostanza-correlate, anche se il 65% dei soggetti che muoiono per avvelenamento da metadone non hanno storia di trattamenti.

Soltanto dal 1998 in Germania è possibile affidare il metadone per periodi fino a sette giorni ed è possibile che da allora lo spaccio di metadone sia aumentato.

Gli autori concludono consigliando di prendere maggiormente in considerazione i prerequisiti dell'affido domiciliare: di sicuro il metadone ha contribuito a ridurre in modo consistente la mortalità degli eroinomani nell'area di Amburgo, ma vanno fatti ulteriori sforzi per ridurre l'intossicazione da metadone nel gruppo di soggetti non in trattamento.

N. Klupp *et al.* (2000) riportano un episodio accaduto in Austria, che ricorda molto da vicino un evento accaduto a Milano qualche anno

fa, che ha interessato pesantemente alcuni colleghi dei Servizi per le Tossicodipendenze.

In Austria, il metadone è legalmente prescrivibile solo dal 1997, in soluzione acquosa contenuta in flaconi con tappo a vite non "di sicurezza".

Una bimba di due anni, figlia di due pazienti in trattamento metadonico, è stata trovata morta a Vienna e l'autopsia ha rivelato un'alta concentrazione tissutale di metadone: l'autore non incrimina la modalità di prescrizione (praticamente domiciliare) del metadone, ma la dotazione dei flaconi e dei tappi che dovrebbero a sua opinione essere resi più sicuri.

La situazione inglese è descritta invece dal gruppo di Gossop (J. Fountain *et al.*, 2000): anche oltremarina il mercato grigio sarebbe consistente e coinvolgerebbe molti individui, che vendono piccole quantità di metadone loro affidato (i prezzi variano anche quotidianamente), anche allo scopo di acquistare altri farmaci, evitando di pagare la prescrizione fornita dal medico.

Un'altra anomalia interessante, dal punto di vista dell'adeguatezza dei trattamenti, sottolineata dagli autori, è che gli acquirenti in trattamento desiderano in questo modo aumentare la dose assunta (probabilmente perché poco efficace).

Gli autori suggeriscono che per controllare lo spaccio andrebbero introdotti dei deterrenti a vari livelli: da parte di chi prescrive, dei servizi di trattamento, delle forze dell'ordine e delle farmacie.

C. Felder *et al.* (1999) studiano e riportano le caratteristiche di 15 utenti che ammettevano di iniettarsi parte del metadone affidato: scarse condizioni di salute, molti problemi emotivi, psicologici e psichiatrici, molte sostanze utilizzate e molti problemi occupazionali; questi soggetti avevano anche ovviamente alte concentrazioni di destro-metadone, enantiomero attivo, a causa dello *shunt* della barriera metabolica epatica ed intestinale.

Possibili alternative

Non sorprende allora l'intervento di molti colleghi allo scopo di proporre eventuali alternative al diffondersi di modalità non terapeutiche e rischiose di utilizzo del metadone somministrato in affidamento domiciliare.

Le proposte più frequentemente riportate fanno riferimento alla sostituzione del metadone con farmaci a più lunga durata come il LAAM o con caratteristiche farmacologiche differenti, agonista parziale come la buprenorfina.

Non senza qualche apparente contraddizione; ad esempio, J. Kakko *et al.* (2003) propongono di usare la buprenorfina quale scelta alternativa all'affido domiciliare del metadone, anche se nel loro lavoro riportano di prescrivere la buprenorfina in affidamento.

Sia il LAAM che la buprenorfina ridurrebbero il bisogno di condurre trattamenti in affidamento domiciliare ed annoverano altri vantaggi rispetto al metadone, quali la minor fluttuazione nella concentrazione ematica, il miglioramento della qualità dei trattamenti e, in contraddizione con lo scopo della proposta, la possibilità di iniziare trattamenti in affidamento (J.F. Valdiva *et al.*, 2000; H. Petersen *et al.*, 2000; C. Hough *et al.*, 1983; R.B. Resnick *et al.*, 1982; F.S. Tennant *et al.*, 1982; R.B. Resnick, 1977).

Considerazioni conclusive

La modalità di affidamento domiciliare dei trattamenti metadonici risulta quindi una pratica affermata e diffusa sia negli Stati Uniti che in Europa, dove addirittura in alcuni Paesi risulta essere l'unica modalità prescrittiva del farmaco.

Gli studi di efficacia, anche se sono prevalentemente prodotti a partire da un unico Centro clinico, quello legato all'Università di Baltimora, sono abbastanza concordi nel riconoscerne il valore di rinforzo positivo dell'astinenza da uso di sostanze.

L'affido è tra le "ricompense" preferite dai pazienti in terapia, per cui il valore motivazionale legato all'ottenimento del privilegio dell'affido permette di fare leva sulla sua concessione per ottenere significative modificazioni comportamentali.

In un sistema integrato di trattamento, può essere il presupposto per l'avvio a interventi di carattere sociale e psicologico.

Gli aspetti "collaterali" del trattamento trattati in letteratura riguardano le conseguenze di un uso non terapeutico o illegale del metadone affidato ai soggetti in trattamento; in particolare, un aumento delle morti

da intossicazione da sostanze, in cui sia coinvolto anche il metadone, pare essere la situazione a cui porre attenzione nelle aree in cui questa modalità di somministrazione sia particolarmente diffusa.

Vale la pena sottolineare però che gli autori che ne hanno trattato più che prevedere la sospensione della modalità *take home* del farmaco, propongono correttivi da sostenere durante il trattamento, miglioramenti tecnici (tappo a chiusura di sicurezza ad esempio) ed eventualmente deterrenti da introdurre a vari livelli.

Le alternative all'affido, che vengono proposte soprattutto dagli autori americani, prevedono la diffusione di farmaci diversi.

Il suggerimento è interessante, ma conviene far notare come il LAAM non sia particolarmente ben accetto dalle popolazioni di tossicodipendenti che l'hanno utilizzato (R. Segal *et al.*, 1976) e che la sua somministrazione a di alterni non risolverebbe completamente le necessità dei pazienti.

La buprenorfina, secondo numerosi studi, è un farmaco indicato al trattamento solo ad una parte dei soggetti eroino-dipendenti e, dove utilizzato, richiede anch'essa di essere prescritta in affidamento domiciliare. Si suggerisce infine come interessante conoscere l'esperienza dei Servizi italiani, la cui presenza è finora limitata nelle pubblicazioni, attraverso lavori non semplicemente descrittivi, ma che misurino l'impatto dell'affido sull'attività dei servizi, del traffico illegale di metadone nell'area e, soprattutto, in relazione agli esiti dei trattamenti. ✎

Bibliografia

- Amass L., Bickel W.K., Crean J.P., Higgins S.T., Badger G.J. Preferences for clinic privileges, retail items and social activities in an outpatient buprenorphine treatment program, *J Subst Abuse Treat*, 1996 Jan-Feb; 13(1): 43-9.
- Calsyn D.A., Saxon A.J., An innovative approach to reducing cannabis use in a subset of methadone maintenance clients, *Drug Alcohol Depend*, 1999 Jan 7; 53(2): 167-9.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M., Contingent reinforcement sustains post-detoxification abstinence from multiple drugs: a preliminary study with methadone patients, *Drug Alcohol Depend*, 1999a Mar 1; 54(1): 69-81.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M.L., Survey assessment of methadone treatment services as reinforcers, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1998 Feb; 24(1): 1-16.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M.L., Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers, *J Subst Abuse Treat*, 1999b Jan; 16(1): 23-30.
- Chutuape M.A., Silverman K., Stitzer M.L., Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program, *Drug Alcohol Depend*, 2001 Mar 1; 62(1): 69-76.
- Felder C., Uehlinger C., Baumann P., Powell K., Eap C.B., Oral and intravenous methadone use: some clinical and pharmacokinetic aspects, *Drug Alcohol Depend*, 1999 Jun 1; 55(1-2): 137-43.
- Fountain J., Strang J., Gossop M., Farrell M., Griffiths P., Diversion of prescribed drugs by drug users in treatment: analysis of the UK market and new data from London, *Addiction*, 2000 Mar; 95(3): 393-406.
- Goldman F.R., Thistel C.I., Diversion of methadone: illicit methadone use among applicants to two metropolitan drug abuse programs, *Int J Addict*, 1978 Aug; 13(6): 855-62.
- Goldstein A., Hansteen R.W., Horns W.H., Control of methadone dosage by patients, *JAMA*, 1975 Nov 17; 234(7): 734-7.
- Goldstein A., Judson B., Can the community be protected against the hazards of take-home methadone? 1974 [proceedings], *NIDA Res Monogr*, 1976 Jul; (8): 62-3.
- Heinemann A., Iwersen-Bergmann S., Stein S., Schmoltdt A., Puschel K., Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?, *Forensic Sci Int*, 2000 Sep 11; 113(1-3): 449-55.
- Hough G., Washton A.M., Resnick R.B., Addressing the diversion of take-home methadone: LAAM as the sole treatment choice for patients seeking maintenance therapy, *NIDA Res Monogr*, 1983 Apr; 43: 302-9.
- Joe G.W., Simpson D.D., Sells S.B., Treatment process and relapse to opioid use during methadone maintenance, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1994; 20(2): 173-97.
- Kakko J., Svanborg K.D., Kreek M.J., Heilig M., 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial, *Lancet*, 2003 Feb 22; 361(9358): 662-8.
- Kidorf M., Stitzer M.L., Brooner R.K., Goldberg J., Contingent methadone take-home doses reinforce adjunct therapy attendance of methadone maintenance patients, *Drug Alcohol Depend*, 1994 Dec; 36(3): 221-6.
- Klupp N., Rissler D., Stichenwirth M., Honigschnabl S., Stimpfl T., Bauer G., Fatal methadone poisoning of a child Wien, *Klin Wochenschr*, 2000 Apr 21; 112(8): 365-7.
- Magura S., Casriel C., Goldsmith D.S., Strug D.L., Lipton D.S., Contingency contracting with polydrug-abusing methadone patients, *Addict Behav*, 1988; 13(1): 113-8.

- Milby J.B., Garrett C., English C., Fritschi O., Clarke C., Take-home methadone: contingency effects on drug-seeking and productivity of narcotic addicts, *Addict Behav*, 1978; 3(3-4): 215-20.
- O'Brien C.P., Woody G.E., McLellan A.T., Enhancing the effectiveness of methadone using psychotherapeutic interventions, *NIDA Res Monogr*, 1995; 150: 5-18.
- Pani P.P., Pirastu R., Ricci A., Gessa G.L., Prohibition of take-home dosages: negative consequences on methadone maintenance treatment, *Drug Alcohol Depend*, 1996 May; 41(1): 81-4.
- Patch V.D., Fisch A., Levine M.E., McKenna G.J., Raynes A.E., Daily visits, "no-take-home" methadone, and seven-day-per-week operation: patient retention and employment patterns subsequent to cessation of "take-home" privileges in a methadone maintenance clinic., *Proc Natl Conf Methadone Treat*, 1973; 2: 1273-7.
- Petersen H., Skaug L., Svejsjo J., Ege P.P., New drugs for substitution treatment of opioid dependence. Buprenorphine and 1-alpha-acetylmethadol (LAAM) *Ugeskr Laeger* 2000 Nov 27; 162(48): 6553-6.
- Preston K.L., Umbricht A., Epstein D.H., Abstinence reinforcement maintenance contingency and one-year follow-up, *Drug Alcohol Depend*, 2002 Jul 1; 67(2): 125-37.
- Resnick R.B., Washton A.M., Garwood J., Perzel J., LAAM instead of take-home methadone, *NIDA Res Monogr*, 1982 Apr; 41: 473-5.
- Resnick R.B., Problems of methadone diversion and implications for control, *Int J Addict*, 1977 Oct; 12(7): 803-6.
- Rhoades H.M., Creson D., Elk R., Schmitz J., Grabowski J., Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency, *Am J Public Health*, 1998 Jan; 88(1): 34-9.
- Robles E., Miller F.B., Gilmore-Thomas K.K., McMillan D.E., Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing, *J Subst Abuse Treat*, 2001 Apr; 20(3): 225-30; discussion 231.
- Scherbaum N., Specka M., Hauptmann G., Gastpar M., Does maintenance treatment reduce the mortality rate of opioid addicts?, *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2002 Sep; 70(9): 455-61.
- Schmitz J.M., Rhoades H.M., Elk R., Creson D., Hussein I., Grabowski J., Medication take-home doses and contingency management, *Exp Clin Psychopharmacol*, 1998 May; 6(2): 162-8.
- Schwartz R.P., Brooner R.K., Montoya I.D., Currens M., Hayes M., A 12-year follow-up of a methadone medical maintenance program, *Am J Addict*, 1999 Fall; 8(4): 293-9.
- Segal R., Everson A., Sellers E.M., Thakur R., Failure of acetylmethadol in treatment of narcotic addicts due to nonpharmacologic factors, *Can Med Assoc J*, 1976 Nov 20; 115(10): 1014-6.
- Stitzer M.L., Bigelow G.E., Liebson I.A., Hawthorne J.W., Contingent reinforcement for benzodiazepine-free urines: evaluation of a drug abuse treatment intervention, *J Appl Behav Anal*, 1982 Winter; 15(4): 493-503.
- Stitzer M., Bigelow G., Contingency management in a methadone maintenance program: availability of reinforcers, *Int J Addict*, 1978 Jul; 13(5): 737-46.
- Stitzer M.L., Bigelow G.E., McCaul M.E., Behavior therapy in drug abuse treatment: review and evaluation, *NIDA Res Monogr*, 1985; 58: 31-50.
- Stitzer M.L., Iguchi M.Y., Felch L.J., Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone maintenance patients, *J Consult Clin Psychol*, 1992 Dec; 60(6): 927-34.
- Tennant F.S. Jr, Rawson R.A., Propoxyphene napsylate maintenance treatment of narcotic dependence: use of a non-methadone model, *NIDA Res Monogr*, 1982 Apr; 41: 246-52.
- Valdivia J.F., Khattak S., Effects of LAAM and methadone utilization in an opiate agonist treatment program, *Mt Sinai J Med*, 2000 Oct-Nov; 67(5-6): 398-403.
- Vormfelde S.V., Poser W., Death attributed to methadone, *Pharmacopsychiatry*, 2001 Nov; 34(6): 217-22.

Studi di efficacia - Tabella sinottica

1° Autore	Anno	Confronto	Metodi	Risultati
Preston K.L.	2002	- Gruppo 1: vaucher e take home se urine neg - Gruppo 2: rinforzi casuali	- Morfinuria	Gruppo 1 ha miglior esito sia nella fase di mantenimento che di induzione
Chutuape M.A.	2001	- Gruppo 1: urine settimanali - Gruppo 2: urine mensili - Gruppo 3: controllo	- Morfinuria - Cocainuria	Aumento immediato di urine drug-free nel gruppo 1; in tre mesi nel gruppo 2. Peggioramento nel gruppo 3. Urine neg. ≥ 8 sett.: gruppo 1 - 56,6%, gruppo 2 - 38,9%, gruppo 3 - 10,5%
Schwartz R.P.	1999	- 21 pz in tratt. MM + affido mensile seguiti per 12 anni	- Drop out - Morfinuria - Quest. qualità di vita	28,6% drop out; 0,5% delle urine positive, no overdose, miglior. qual. di vita
Chutuape M.A.	1999a	- Gruppo 1: pz disintossicati per benzod. in tratt. MM + affido - Gruppo 2: pz disint. per benzod. con tratt MM standard	- Urine (morfina, cocaina, benzodiaz.) 3 v/sett.	Nel gruppo 1 più urine drug free rispetto al gruppo 2 (p < 0,01)
Calsyn D.A.	1999	- Pz in tratt MM + affido se urine neg thc	- Urine (metab. thc) 2 v./sett.	4/8 interrompono uso di thc
Chutuape M.A.	1999b	- Gruppo 1: 1 g. in + di affido per ogni urina neg. a morf e coca - Gruppo 2: tre test neg. per accedere a affido - Gruppo 3: controllo	- Morfinuria - Cocainuria	5/21 sogg. gruppi 1 e 2: marcata diminuzione nell'uso e urine neg per 4 o + sett. consec. Gruppo 3: nessun miglior. Urine pos.: dimin. risp. del 14 e 18% nei gruppi 1 e 2 e del 2% nel gruppo 3
Schmitz J.M.	1998	- Gruppo 1: MM in affido con visite frequenti - Gruppo 2: MM affido visite meno frequenti	- Uso di sostanze illecite	Gruppo 1: minor uso di sostanze illecite
Rhoades H.M.	1998	- Gruppo 1: 50 mg mtd 2 vis/sett. - Gruppo 2: 50 mg mtd 5 vis/sett. - Gruppo 3: 80 mg mtd 2 vis/sett. - Gruppo 4: 80 mg mtd 5 vis/sett.	- Drop out - Merfinuria	Drop out > per i gruppi 2 e 4. Gruppo 2: esito peggiore. Ritenzione buona nel gruppo 1, ma morfinuria migliore nel gruppo 3
Kidorf M.	1994	- Gruppo 1: pz possono o no ricevere affido dopo seduta ter. - Gruppo 2: guadagna affido o gg di affido dopo ogni seduta freq.	- Numero sedute frequentate - Morfinuria	Gruppo 2: maggior numero di sedute nei gruppi con affido come rinforzo. Meglio se ogni seduta è premiata con affido. No rel. con diminuzione uso
Joe G.W.	1994	- Identificazione predittori di esito in 590 pz MM di 21 centri	- Ricadute	Esito assoc. a: dose mtd, esami urine, possib. di affido, composizione professionale dello staff
Stitzer M.L.	1992	- Gruppo 1: affido dopo 2 sett. di urine neg. - Gruppo 2: affido indep. dalle urine	- Morfinuria	Gruppo 1: più pz con 4 o + sett. di urine neg. (32% vs 8%). Minor rate di urine pos. all'ingresso, maggior esito pos. Poliabusio non influenza esito

Metodo e strumenti di valutazione della riabilitazione nella pratica clinica

*E. Manzato, C. Biasin, G. Cifelli, M. Faccini, G. Gianfilippi**

Introduzione

Il Ser.T. 1 che ha sede presso l'Ospedale di Zevio (Verona) fin dal 1983 ha sviluppato trattamenti di disintossicazione rapida da oppiacei con farmaci sintomatici in regime di ricovero ospedaliero e di day hospital [1, 2].

Il 10 giugno 1997 la Giunta della Regione Veneto ha promulgato la DGR n. 2140 che quantificava il Fondo Regionale Lotta alla Droga e definiva dieci aree prioritarie di intervento per la costruzione di Progetti nelle Aziende ULSS della Regione; nell'area dei "Progetti finalizzati alla valutazione degli esiti psicosociali e riabilitativi dei metodi di Detossificazione Rapida in ambito pubblico" l'Azienda ULSS 21 di Legnago (Verona) ha presentato il Progetto "Valutazione degli esiti psicosociali e riabilitativi dei metodi di Detossificazione Rapida".

Il Progetto, sviluppato in collaborazione con il Ser.T. 1 dell'Azienda ULSS 20 di Verona, è stato attuato nel 1999 [3, 4]. Nel 2000 è stato sostituito dal Progetto "Trattamento Riabilitativo Integrato della tossicodipendenza da oppiacei. Programma intensivo di detossificazione e programma a medio-lungo termine di prevenzione delle ricadute" finanziato nel Piano Triennale di Intervento Area Dipendenze dell'Azienda ULSS 21 secondo la DGR n. 2896 del 3 agosto 1999 [5].

Con la chiusura delle Unità Operative di Neurologia e di Medicina dell'Ospedale di Zevio (Verona) il trattamento di disintossicazione rapida da oppiacei è stato attuato in regime di ambulatorio integrato (day hospital) anziché di ricovero ospedaliero.

Gli obiettivi generali del Progetto (2000-2002), relativi alle aree prioritarie di intervento definite dalla Regione Veneto "Prevenzione della ricaduta" e "Trattamento tossicodipendenti affetti da gravi disturbi della Personalità", sono stati:

1. organizzare un'Unità Operativa Qualificata per la disintossicazione rapida e per il trattamento di prevenzione della ricaduta;
2. organizzare il Coordinamento della Rete del Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle Dipendenze;
3. sviluppare un protocollo clinico per la valutazione della disintossicazione rapida e del trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta;
4. valutare l'applicabilità e i costi di gestione.

La DGR della Regione Veneto n. 2896 del 3 agosto 1999 prevedeva come novità l'incentivazione di approcci e di metodologie scientificamente orientati con interventi multidisciplinari sulla persona nella sua totalità, il perseguimento di adeguati livelli di qualità nelle prestazioni degli operatori dei Servizi Pubblici e Privati, la promozione di un assetto organizzativo tale da garantire la qualità e la valutazione degli esiti degli interventi e lo sviluppo di modalità di formazione permanente.

Il documento inoltre prevedeva le finalità, i prerequisiti, le aree prioritarie di intervento con i relativi indicatori di verifica di output e di outcome e le modalità di valutazione dei Piani Triennali di Intervento Area Dipendenze e dei singoli Progetti.

Ser.T. Az. ULSS n. 21, Regione Veneto, Ospedale di Zevio (VR).

** Dirigenza Medica Az. ULSS n. 21, Regione Veneto, Ospedale di Legnago (VR).*

Tra i prerequisiti dei Progetti, da indicare espressamente, erano previsti gli obiettivi specifici e i relativi indicatori di verifica quantitativi per la misurazione dei risultati, distinguendo le prestazioni (output) dagli esiti (outcome), le fasi, i tempi, le modalità operative, il piano di valutazione e della diffusione dei risultati e il piano finanziario disaggregato (risorse umane, oneri, beni e servizi) [5].

Successivamente le DGR della Regione Veneto n. 2217 del 22 giugno 1999 e n. 2974 del 9 novembre 2001 relative al Dipartimento per le Dipendenze e agli indirizzi per gli Interventi nel Settore delle Dipendenze hanno confermato la necessità di incentivare, all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende ULSS, la realizzazione di programmi come "organizzazioni" di qualità, basati sulla definizione di modelli di intervento e di sistemi di valutazione scientificamente orientati per favorire il miglioramento continuo della Qualità dell'assistenza [6, 7].

All'interno di un trattamento riabilitativo, la valutazione costituisce un momento procedurale importante nel percorso riabilitativo in quanto a questa fase competono le decisioni relative all'indicazione, alla conduzione, alla prosecuzione o alla conclusione del trattamento, specificamente per quanto riguarda le modifiche più opportune per favorirne il buon andamento ed esito.

La valutazione del paziente e del suo programma riabilitativo, che è basata su osservazioni multiple, inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione diagnostica della gravità clinica (gravità della dipendenza e del danno bio-psico-sociale) effettuata all'ingresso; essa è fondamentale per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del percorso riabilitativo personalizzato.

La valutazione è multidimensionale, dinamica, da varie fonti e con vari strumenti.

La valutazione è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo con periodicità e anche dopo il termine del trattamento. Il monitoraggio (follow up) del trattamento prevede verifiche periodiche dell'assunzione delle sostanze psicoattive e verifiche di tipo medico, psicologico, psicopatologico, comportamentale e sociale.

Gli indicatori di verifica sono: indicatori diagnostici e di valutazione di gravità clinica, indicatori per la valutazione dei risultati del trattamento in corso e dei risultati finali. Gli indicatori di verifica sono oggettivi ma anche di qualità non trasferibili in numero. Gli indicatori per la valutazione globale dei risultati raggiunti dal paziente sono: uso di sostanze psicoattive, grado di astinenza, grado di craving, disturbi psicopatologici, patologie correlate, comportamenti a rischio, overdosi, periodi di astensione, grado di adesione ai programmi riabilitativi, avvio e/o mantenimento di attività lavorative o di studio, crisi familiari, relazioni interpersonali positive, caratteristiche del gruppo sociale di riferimento, attività criminose e attività di prostituzione.

È prevista una valutazione globale dell'equipe curante e una autovalutazione da parte del paziente.

La valutazione formale e standardizzata ha come obiettivo il miglioramento del trattamento riabilitativo e dei suoi risultati.

Esiste una valutazione del processo (procedura) e una valutazione dell'esito; la valutazione del processo prevede che il tratta-

mento riabilitativo sia definito in un Protocollo e in un Manuale formale; la valutazione dell'esito riguarda le diverse aree della vita, inoltre è opportuna una autovalutazione con scale di self report che aumenta le tipologie di valutazione del trattamento riabilitativo [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Le indicazioni contenute nelle DGR della Regione Veneto e le conoscenze metodologiche hanno determinato lo sviluppo di un Sistema di Qualità per la valutazione del Progetto e del Programma.

Metodologia

Il Progetto si è sviluppato in tre fasi.

Fase 1: Attivazione/Organizzazione della Struttura: coordinamento con la Direzione Sanitaria e la Direzione dei Servizi Sociali per l'organizzazione dell'Unità Operativa; organizzazione della struttura; coordinamento con il Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle Dipendenze e verifica in itinere (Controllo di Gestione e Valutazione di Qualità).

Fase 2: Gestione operativa (Reclutamento, Trattamento e Follow-up): coordinamento con il Sistema delle Dipendenze; realizzazione della valutazione diagnostica e dei trattamenti di disintossicazione rapida e di prevenzione della ricaduta; follow up dei trattamenti e verifica in itinere (Controllo di Gestione e Valutazione di Qualità).

Fase 3: Valutazione in itinere e finale del Progetto: valutazione annuale del Progetto (Controllo di Gestione e Valutazione di Qualità) e pubblicazione dei risultati.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato, T.R.I. (trattamento di disintossicazione e di prevenzione della ricaduta) prevede:

I fase: Pretrattamento-Diagnosi sviluppata mediante un protocollo diagnostico specifico: valutazione clinica multidimensionale e dinamica; questionari e scale di valutazione; valutazione con tecniche strumentali.

La valutazione diagnostica multidimensionale permette di approfondire la storia di abuso e il contesto familiare e sociale, di evidenziare le caratteristiche psicologiche e i disturbi psicopatologici di Asse I e II al DSM IV e di costruire il progetto riabilitativo sulla persona [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

II fase: Disintossicazione rapida sviluppata mediante il protocollo rapido in 10 giorni di degenza presso l'ambulatorio integrato del Servizio.

Il trattamento farmacologico è associato a counselling psicologico e psichiatrico.

Il protocollo farmacologico prevede l'utilizzo associato di farmaci agonisti adrenergici, sintomatici e antagonisti degli oppiacei: *Clonidina (cp, transd, f)* o *Trazodone (cp, f)*, *Clordemetildiazepam (cp, gtt, f)*, *Naloxone (f)* e *Naltrexone (cp)* [22, 23, 24, 25, 26, 27].

III fase: Trattamento Riabilitativo Integrato di prevenzione della ricaduta mediante un programma riabilitativo ad alta soglia a medio-lungo termine in coordinamento con il Sistema delle Dipendenze.

Il Trattamento farmacologico, all'interno di un programma psicosociale integrato, prevede l'utilizzo di farmaci antagonisti degli oppiacei, anticraving e farmaci psichiatrici [28, 29, 30, 31].

I destinatari del Programma sono i tossicodipendenti da eroina o con uso di metadone o buprenorfina, con dipendenza fisica da almeno due anni, con integrazione sociale di base, adeguati e "prenotati" per un valido programma riabilitativo ad alta soglia (comunità terapeutica, programma integrato con farmaci antagonisti e anticraving, psicoterapia, gruppo di auto aiuto, ...) post disintossicazione, gestito da Strutture abilitate [32, 33, 34, 35, 36, 37, 38].

È stato implementato un Modello di valutazione dell'Organizzazione Operativa e del Protocollo di disintossicazione

rapida D.R. A/97 e di prevenzione della ricaduta mediante un Sistema di Qualità.

Il Sistema prevede le modalità di raccolta dei dati, i tempi di raccolta, gli strumenti e gli indicatori di output e di outcome.

La verifica delle prestazioni (output) è mensile mentre la verifica degli indicatori di ritenzione, andamento ed esito del trattamento (outcome) è diversificata per la I fase del trattamento (disintossicazione rapida) e per la II fase del trattamento (riabilitazione/prevenzione della ricaduta).

La valutazione di efficacia e tollerabilità del trattamento di disintossicazione è effettuata ai tempi 0, 1°, 3°, 6°, 10° giorno; la valutazione di efficacia e tollerabilità del trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta è effettuata ai tempi 1°, 3°, 6°, 12°, 18°, 24° mese.

La valutazione è effettuata con la misurazione ed il giudizio mediante la scheda di rendicontazione delle ore lavoro e delle prestazioni degli operatori, la scheda dei destinatari indiretti, la scheda degli utenti in trattamento, la cartella clinica comprendente la scheda paziente, la scheda follow-up, i questionari e le scale di valutazione (ASI, MAC/E, Cage, MALT, Astinenza WANG, Craving VAS, HDRS, STAI, STAXI, FRT, MMPI 2, SCID P e SCID II, VGF, CGI, Effetti Collaterali, Reazioni Avverse, Questionario di Soddisfazione, ...), gli esami bioumorali e i dosaggi chimicotossicologici (Tab. 1).

È prevista inoltre una modulistica specifica per gli aspetti amministrativi e bioetici (consenso informato, foglio illustrativo trattamento e contratto terapeutico) [4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Le ore lavoro e le prestazioni degli operatori vengono quantificate secondo cinque macroaree:

Macro area 1: gestione funzionale della struttura (gestione amministrativa, personale, contabile e controllo di gestione, ...);

Macro area 2: coordinamento operativo (coordinamento equipe, supervisione e verifica, coordinamento con le Istituzioni Pubbliche e del Privato Sociale, verifiche SERT/Comunità Terapeutiche, ...);

Macro area 3: ricerca (attività di ricerca, studio e progettazione, raccolta ed elaborazione dati, ...);

Macro area 4: attività di formazione interna ed esterna;

Macro area 5: trattamenti terapeutici (consulenze-informazioni, visite tossicologiche, internistiche e psichiatriche, colloqui psicologici, indagini psicodiagnostiche, terapia di disintossicazione, terapia di prevenzione della ricaduta, psicoterapia, ...) [4, 5, 8, 14].

La valutazione di efficacia e tollerabilità della disintossicazione rapida (I fase del trattamento) e della riabilitazione/prevenzione della ricaduta (II fase del trattamento) è effettuata mediante indicatori medici e psicosociali (uso di sostanze psicoattive, grado di astinenza e craving acuti e post-trattamento, parametri fisici, effetti collaterali, reazioni avverse, controllo dei metaboliti urinari, performance globale, che è fisica, psicologica, relazionale e sociale, qualità della vita, adesione al programma, incidenza ricadute, valutazione globale da parte dell'equipe e del paziente) [4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Risultati e conclusioni

I risultati preliminari sono stati:

1. organizzazione dell'Unità Operativa di Disintossicazione Qualificata secondo "Criteri di accreditamento".
La qualificazione è stata raggiunta mediante l'adeguamento del Protocollo di trattamento, della Struttura U.O.D./Ser.T., delle attrezzature, delle tecnologie, degli strumenti, delle procedure etiche e amministrative e del personale;
2. organizzazione del Coordinamento della Rete del Sistema delle Dipendenze;
3. sviluppo del protocollo clinico per la valutazione;

Tab. 1 - Procedure e strumenti del programma

PROCEDURE	PRE TRATTAMENTO DIAGNOSI				DISINTOSSICAZIONE										RIABILITAZIONE FOLLOW UP					
	1° gg	2° gg	3° gg	4° gg	1° gg	2° gg	3° gg	4° gg	5° gg	6° gg	7° gg	8° gg	9° gg	10° gg	1° m.	3° m.	6° m.	12° m.	18° m.	24° m.
Verifica criteri di selezione	Medico																			
Spiegazione del programma	Medico																			
Firma modulo privacy		Medico																		
Firma modulo consenso informato		Medico																		
Anamnesi → MEDICA		Medico																		
→ TOSSICOLOGICA		Medico																		
→ PSICOSOCIALE		Psicologo																		
Esame obiettivo		Medico			Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Visita psichiatrica			Psicologo		Psicologo									Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo
Richiesta indagini di laboratorio		Medico										Medico		Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Richiesta ECG		Medico																		
Richiesta RX Torace e altre indagini strumentali		Medico																		
Indagini di laboratorio e strumentali			Medico										Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Scala Astinenza (WANG)		Medico			Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Scala Craving (VAS-Craving)		Medico			Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
CAGE, MALT		Medico																		
Scala Effetti Collaterali (se presenti)		Medico			Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Segnalazione Reazioni Avverse (se presenti)					Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Metaboliti urinari			Medico		Medico	Medico	Medico	Medico	Medico			Medico		Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
Definizione Programma riabilitativo				Medico									Medico							
Follow-up Programma riabilitativo															Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico
QUESTIONARI E TEST PSICOLOGICI																				
Questionario di soddisfazione																				
MAC/E																				
ASI		Psicologo																		
VGF (DSM IV)			Psicologo											Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo	Psicologo
HDRS			Psicologo																	
STAI			Psicologo																	
STAXI			Psicologo																	
FRT																				
MMPI2																				
SCID P																				
SCID II																				
CGI			Medico											Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico	Medico

LEGENDA:

- MEDICO
- PSICOLOGO
- PSICHIATRA
- MEDICO + INFERMIERE
- MEDICO + PSICOLOGO
- MEDICO + PSICOLOGO + PSICHIATRA



4. valutazione dell'applicabilità e dei costi della disintossicazione rapida e del trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta.

La valutazione di applicabilità ha evidenziato alcuni punti critici nel modello di trattamento per i quali sono state individuate alcune procedure di aggiustamento, con ridefinizione della selezione per il reclutamento, del coordinamento con i Ser.T. e le Strutture Riabilitative del Sistema delle Dipendenze e del trattamento nella I fase di disintossicazione rapida e nella II fase di riabilitazione/prevenzione della ricaduta.

È tutt'ora in corso l'analisi dei costi per Ciclo di trattamento suddivisa per le diverse fasi di trattamento: Pretrattamento-Diagnosi, Disintossicazione rapida, Induzione con antagonista degli oppiacei, Settimana tipo di Prevenzione della ricaduta, follow-up al 1°, 3°, 6°, 12°, 18°, 24° mese.

Tale analisi prevede una valutazione comparativa tra il Protocollo di trattamento in ricovero ospedaliero nella prima fase di disintossicazione rapida e quello successivamente definito all'interno di una gestione ambulatoriale.

Particolare attenzione è posta all'analisi costi/benefici, dove i risultati preliminari indicano la possibilità della gestione nell'ambulatorio integrato (day-hospital) che prevede la riduzione dei costi di gestione pur mantenendo immutati i risultati clinici. ✍

Bibliografia

- [1] Manzato E., Faccini M., Cantiero D., Cressotti N., Il Centro Ospedaliero del Ser.T. ULSS n. 27 - Regione Veneto. Un modello Organizzativo per la disintossicazione della dipendenza da oppiacei, *Archivio di Psichiatria Generale*, II, 264-267, 1992.
- [2] Manzato E., Faccini M., La disintossicazione nella fase di dimissione di trattamento a lungo termine con metadone, Atti 2° Congresso Nazionale SITD *Dipendenze: I confini e l'orizzonte*, Padova, 1996.
- [3] DGR n. 2140 del 10 giugno 1997 "Trasferimento dello Stato alle Regioni del Fondo di intervento per la lotta alla droga" (Decreto ministeriale dell'11 aprile 1996). Modifiche ed integrazioni DGR n. 6683 del 18 dicembre 1995.
- [4] Manzato E., Il protocollo DR A/97: un modello sperimentale per la valutazione della disintossicazione rapida, Atti Congresso PFT (Piano di Formazione Regionale per le Tossicodipendenze) *La detossificazione rapida da oppiacei: analisi critica ed applicabilità*, Zevio (Verona), 1999.
- [5] DGR n. 2896 del 3 agosto 1999 "Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-8-9). Legge 18 febbraio 1994, n. 45".
- [6] DGR n. 2217 del 22 giugno 1999 "Il Dipartimento per le Dipendenze: indicazioni e linee tecniche per l'istituzione".
- [7] DGR n. 2974 del 9 novembre 2001 "Indirizzi per gli interventi nel Settore delle Dipendenze".
- [8] Serpelloni G., Il Dipartimento per le Tossicodipendenze: principi per una nuova organizzazione assistenziale, in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle Tossicodipendenze*, Leonard, Verona, 1996.
- [9] Mollica R., Magnone A., La valutazione dei risultati, in Serpelloni G., Rezza R., Gomma M., *Eroina, infezione da HIV e patologie correlate*, Leonard, Verona, 1995.
- [10] Pantaloni M., Valutazione del processo di trattamento e dei risultati, in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- [11] Rounsaville B.J., L'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto, in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [12] Pantaloni M., Autovalutazione ed auto-aiuto nel trattamento dell'abuso di sostanze, in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [13] Serpelloni G., Simeoni E., La valutazione dell'outcome dei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica, in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, La Grafica, Verona, 2002.
- [14] Serpelloni G., Bosco O., Prestazioni, prodotti e processi assistenziali: concetti di base sull'Activity Base Management (ABM) e il sistema MFP per il rilevamento dell'output, in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *Quality management...*, cit.
- [15] Schottenfeld R.S., Valutazione del paziente, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
- [16] Ball S.A., Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento, in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [17] Gerra G., Diagnostica precedente la disassuefazione. La diagnosi dopo la disassuefazione, in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio pratico*, Mediserve, Milano, 1998.
- [18] Lucchini A., Strepparola G., Strumenti diagnostici indicati nell'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici, in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [19] Schuckit M.A. Obiettivi del trattamento, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [20] Gerra G., Matching paziente-trattamento, in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio clinico pratico*, cit.
- [21] Rounsaville B.J., Quale trattamento per quale paziente, in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [22] Pirastu R., Terapie farmacologiche a breve termine nella dipendenza da oppiacei (Disintossicazione), in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle Tossicodipendenze*, cit.
- [23] Ferrari A., Sternieri E., La detossificazione più o meno rapida del dipendente da oppiacei, *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, XIX, 2, 7-12, 1996.
- [24] Charney D.S., Heninger G.R., Kleber H.D., The combined use of clonidine and naltrexone as a safe, rapid and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone, *American Journal of Psychiatry*, 143, 831-837, 1986.
- [25] Legarda J.J., Gossop M., Una terapia di detossificazione da eroina in 24 ore di degenza: esame preliminare, *Basis*, 8, 7-11, 1994.
- [26] Pentiricci N., Rignanese A., Ferrara P., Rapida detossificazione da oppiacei: esame preliminare, *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, XIX, 1, 56-59, 1996.
- [27] Brewer C., Laban M., Schmulian C., Gooberman L., Kasvikis Y., Maksoud N.A., Detossificazione rapida da oppiacei ed induzione del naltrexone sotto anestesia generale e ventilazione assistita: esperienza con 510 pazienti in quattro paesi, *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, XX, 1, 29-33, 1997.
- [28] Mollica R., Magnone A., Principi di terapia con farmaci antagonisti nella dipendenza da eroina, in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle Tossicodipendenze*, cit.
- [29] Rabinowitz J., Cohen H., Tarrasch R., Kotler M., Compliance to naltrexone treatment after ultra rapid opiate detoxification: an open label naturalistic study, *Drug Alcohol Depend*, 47, 2, 77-86, 1997.
- [30] Cibirin M., Le terapie farmacologiche per la prevenzione delle ricadute. Atti Congresso PFT (Piano di Formazione Regionale per le Tossicodipendenze), *La detossificazione rapida da oppiacei: analisi critica ed applicabilità*, Zevio (Verona), 1999.
- [31] Gerra G., I farmaci per il trattamento della comorbilità psichiatrica, in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio clinico pratico*, cit.
- [32] Galanter M., Terapia di rete nell'intervento ambulatoriale, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [33] Gerra G., I trattamenti psicosociali, in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio clinico pratico*, cit.
- [34] Marlat G.A., Barret K., Prevenzione delle Ricadute, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [35] Maremmani I., Canoniero S., Daini L., Abuso di sostanze psicoattive e Malattie Mentali, in Maremmani I., Mazzesi S., *Progetto Aliante*, Pacini, Pisa, 1999.
- [36] Pani P.P., La psicoterapia nell'abuso di sostanze, in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle Tossicodipendenze*, cit.
- [37] Woody G.E., Mercez D., Luborsky L., Psicoterapia individuale, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, cit.
- [38] Golden S.J., Khantzian E.J., Mcauliffe W.E., Terapia di gruppo, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, cit.

Il gioco d'azzardo eccessivo: cenni diagnostici, terapeutici e preventivi

D. Capitanucci*, R. Ladouceur**, R. Cantù***

Definizione e principali caratteristiche

Con la crescente legalizzazione di giochi d'azzardo che sta avvenendo in molti paesi industrializzati Italia compresa, aumentando gli individui che entrano in contatto col gioco è verosimile che aumenti di pari passo anche il numero di coloro che incorreranno in problemi di gioco eccessivo.

La prevalenza del disturbo di gioco d'azzardo patologico tra popolazione adulta dei paesi industrializzati è stimata tra lo 0,5% ed il 2%.

Il gioco d'azzardo ha alcune caratteristiche peculiari che lo distinguono dai giochi di abilità: esso è basato principalmente o totalmente sul caso e in esso vengono investiti in modo irreversibile soldi o oggetti di valore.

Il fatto che il risultato del gioco sia da attribuirsi al caso, fa sì che non sia possibile controllarlo né prevederlo e dunque non si ha modo di migliorare la propria prestazione attraverso la ripetuta pratica.

Le motivazioni che spingono a giocare d'azzardo, pur essendo molteplici, possono essere tuttavia ricondotte alla ricerca della vincita di denaro.

Nel caso del giocatore eccessivo, tale speranza diviene frequentemente una certezza che lo spinge ad agire il comportamento tipico di *ritornare a giocare per recuperare le perdite subite*.

Questo a dispetto della matematica impossibilità di rientrare in possesso del capitale investito da parte di un giocatore d'azzardo regolare, sancita dall'*"attesa di vincita negativa"* insita in questo tipo di giochi.

Non va dimenticato infatti che giacché esiste un gestore dei giochi (che sia lo Stato, il barista sottocasa o il Casinò poco importa) ai giocatori viene ridata sottoforma di vincite solo e sempre una percentuale inferiore al 100% delle poste giocate.

Pertanto, alla lunga giocando e rigiocando con costanza, il giocatore non potrà che accumulare perdite sicure.

Ciò nonostante, i giocatori eccessivi persistono a giocare con l'aspettativa di rifarsi.

La possibile spiegazione di tale comportamento apparentemente irrazionale è che nel giocare d'azzardo chiunque, e ancor più un giocatore eccessivo, finisce col non tenere più in conto proprio il fatto che tali giochi si basino sul caso e si muovono come se fossero coinvolti in giochi di abilità.

Basti pensare allo studio dei numeri ritardatari al gioco del Lotto o alla roulette per avere un esempio di questo pensiero erroneo.

Il giocatore si illude di controllare in qualche misura l'andamento e l'esito del gioco, ritiene di avere parte attiva in esso, si sente coinvolto in una sorta di sfida (talvolta arriva a "personalizzare" la macchina!), si confronta orgoglioso con la complessità (solo apparente) e la velocità dei giochi, che gli impongono di operare decisioni (che nella realtà avranno nullo o scarso peso sull'andamento del gioco), infine si troveranno a stabilire relazioni tra eventi indipendenti tra loro (come ad esempio, i numeri già usciti e quello di prossima estrazione).

Cenni diagnostici

Vi sono differenze chiare ed inequivocabili che distinguono un giocatore "sociale" da uno "patologico".

Il primo gioca denaro superfluo nel suo tempo libero per svago, e, pur nutrendo in cuor suo una speranza, non si aspetta di poter gua-

dagnare tramite il gioco, accetta di perdere il denaro puntato, è capace di fermarsi al momento opportuno e non torna mai a giocare col proposito di rifarsi.

Il giocatore eccessivo, pur avendo in una certa fase della sua storia giocato in maniera controllata, da un certo punto in poi si è lasciato prendere la mano, perdendo pesantemente il controllo sulle sue attività di gioco e su quelle ad esse correlate (come ad esempio, ricercare il denaro per giocare) che diventano preminenti e pervasive su tutte le sue altre sfere vitali dando luogo a problemi in tutti gli ambiti (economico, personale, familiare, lavorativo, sociale).

I criteri diagnostici fissati dal DSM (dalla prima inclusione di tale disturbo nella versione del 1980 fino all'ultima) sono del tutto assimilabili a quelli previsti per la dipendenza da sostanze, sebbene ad oggi il gioco patologico sia tuttora incluso nella classe dei disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati.

Sono dunque previsti tra gli altri i tipici criteri relativi ad astinenza, tolleranza, perdita di controllo, oltre a quello specifico relativo al bisogno di recuperare le perdite.

Vi sono altri punti di contatto tra GAP e dipendenza da sostanze.

Per quanto riguarda la comorbidità, ad esempio, i giocatori patologici hanno un rischio da tre a quattro volte più elevato dei giocatori non patologici di presentare altri problemi di dipendenza (tabacco, alcol, sostanze illegali) e tra i pazienti in trattamento per un problema di abuso di sostanze la prevalenza di gioco patologico riscontrata in studi internazionali si aggira tra il 4,5% ed il 10%, fino ad arrivare al 20,2% di tasso di giocatori d'azzardo patologici lifetime riscontrati tra i tossicodipendenti eroinomani in trattamento in un recente studio condotto in Lombardia (Capelli e Capitanucci - in stampa).

Tra gli strumenti diagnostici specifici, oltre al già citato DSM, ricordiamo il SOGS (Lesieur e Blume, 1987) che ad esso può essere affiancato.

Recentemente Ladouceur e Blaszczynski (2003) hanno messo a punto e proposto lo SLUGS, un nuovo strumento di valutazione diagnostica basato sul concetto di "perdita di controllo", centrale in questa patologia.

Il pregio di questo strumento è di consentire una classificazione a prescindere dalle conseguenze negative derivate dal gioco eccessivo (come fanno SOGS e DSM), concentrandosi piuttosto sulla rilevazione della perdita di controllo relativa al denaro, al tempo e alla frequenza.

Cenni terapeutici

I protocolli di terapia proposti da Ladouceur *et al.* (2003) seguono l'approccio cognitivo-comportamentale e prevedono quattro strumenti principali: *la modificazione cognitiva* (che si attua attraverso *la comprensione della nozione di caso, l'identificazione, la presa di coscienza e la modificazione dei pensieri erronei*), *l'allenamento alla soluzione dei problemi, l'allenamento al miglioramento delle abilità sociali e la prevenzione della ricaduta*.

L'approccio del terapeuta è estremamente importante: l'atteggiamento è aperto, accogliente e non valutativo.

Non viene utilizzato il metodo del "confronto", spesso adottato nel trattamento di altre dipendenze, quanto piuttosto la dissonanza cognitiva, fatta attraverso l'insinuazione di dubbi che portino il paziente a formulare nuove ipotesi sulle proprie premesse, per metterlo in grado di riconoscere i suoi errori di pensiero, modificando di conseguenza le sue azioni.

Ulteriore importante elemento che impegna terapeuta e paziente in maniera costante per tutta la durata del trattamento è *l'identificazione delle situazioni a rischio*.

Esistono situazioni "a rischio" comuni a tutti ed altre specifiche proprie di quel particolare giocatore.

* *Psicologa Psicoterapeuta, Ser.T. di Gallarate (VA).*

** *Ph.D., Università Laval, Québec, Canada.*

*** *Educatrice Professionale, Ser.T. di Varese.*

Sta di fatto che nella vita quotidiana tutti i giocatori eccessivi che stanno tentando di interrompere questo comportamento per loro distruttivo entreranno in contatto con molte di queste sollecitazioni, e andranno aiutati a confrontarsi con esse prevedendo strategie di risposta adeguate allo scopo di mantenersi "in astinenza" dal gioco. Anche alcune *tecniche di intervento comportamentali* (quali ad esempio, tenersi lontano dai luoghi di gioco, avere accesso a poco denaro contante e a nessuna carta di credito, pianificare le attività del proprio tempo libero, apprendere tecniche di stress-coping o frequentare training sull'assertività, solo per citarne qualcuna) affiancate al lavoro cognitivo, potranno quindi aiutare il paziente a raggiungere un buon esito nel trattamento.

Cenni preventivi

Dal momento che riteniamo sia possibile giocare d'azzardo in modo moderato senza eccedere oltre le proprie possibilità, non siamo d'accordo con la proibizione del gioco d'azzardo tout-court. Dunque condividiamo il programma di prevenzione elaborato da uno degli autori (Ferland, Ladouceur e Vitaro, 2002; Ladouceur e Ferland, 2003) alla base del quale c'è l'idea di fornire elementi corretti ai giovani proprio nella fase della formazione dei concetti, e cioè quando il loro sviluppo cognitivo si evolve dalla fase del pensiero operatorio concreto a quella del pensiero operatorio formale (in riferimento a Piaget), piuttosto che demonizzare il gioco d'azzardo mediante proibizioni o divieti.

Tale programma, rivolto agli adolescenti, è finalizzato a modificare le loro conoscenze ed attitudini riguardo al gioco, fornisce una informazione adeguata sull'azzardo e sul caso e, più in generale, offre una migliore conoscenza del gioco d'azzardo, utilizzando anche strumenti interattivi e multimediali.

I risultati misurati con un attento follow-up hanno mostrato la sua elevata efficacia in relazione agli obiettivi previsti. ✎

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blaszczyński A. e Ladouceur R. (2003), *SLUGS - Sidney and Laval Universities Gambling Screen Unpublished paper, Université Laval, Québec, Canada.*
- Capelli e Capitanucci (in stampa), Le relazioni pericolose. Tossicodipendenza e gambling.
- Ferland, F., Ladouceur, R., e Vitaro, F. (2002), Prevention of problem gambling: modifying misconceptions and increasing knowledge, *Journal of Gambling Studies*, 18, 19-30.
- Ladouceur R. e Ferland F. (2003), Prevention of problem gambling among youths (pp. 504-509), in T.P. Gullotta e M. Bloom (Eds.), *The Encyclopedia of primary prevention and health promotion*, New York: Kluwer Press.
- Ladouceur et al. (2003), Il Gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling. Ed. Italiana a cura di Carlevaro T. e Capitanucci D., Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lesieur H.R. e Blume S.B. (1987), The South Oaks Gambling Screen (SOGS). A new instrument for the identification of pathological gambling, *American Journal of Psychiatry*, 144 (9).

RECENSIONI



**Fabrizia Bagozzi,
Claudio Cippitelli (a cura di)**

Giovani e nuove droghe: 6 città a confronto

Il progetto Mosaico come modello
di intervento

Collana Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti d'abuso/
Quaderni, diretta da Alfio Lucchini
pp. 160, € 20,00, volume + CD-Rom
cod. 231.1.7 (V)

La ricerca Mosaico è una delle più complete ricerche intervento sul rapporto fra mondo giovanile e consumo di droghe di sintesi. Nell'arco di tre anni ha indagato tale relazione in 6 diverse città italiane del Nord, del centro e del Sud, arrivando a delineare un preciso identikit dei consumatori di ecstasy e delle sue modalità di consumo, oltre che una serie di indicazioni fondamentali per l'intervento di strada nell'ambito delle

cosiddette "droghe ricreative". Essa è parte del progetto Mosaico, ideato nel 1997 da quattro storiche associazioni romane (Parsec, La Tenda, Il Cammino, Il Caleidoscopio) che, nel nostro paese, ha fatto scuola relativamente al lavoro di prevenzione in discoteca, nei contesti di loisir e in quelli di aggregazione formale e informale.

Questo testo riporta fedelmente le caratteristiche del progetto e i risultati della ricerca, fornendo indicazioni sul modo in cui si è evoluta la scena giovanile degli ultimi anni, sull'assunzione di sostanze ricreative, sull'intervento di strada collegato a queste droghe e al mutamento degli scenari di consumo.

Al testo è allegato un CD-Rom che integra le attività del progetto Mosaico e si propone come utile strumento per gli operatori del settore.

Fabrizia Bagozzi, giornalista esperta in culture giovanili e droghe di sintesi, ha pubblicato *Generazione in ecstasy* (Edizioni Gruppo Abele, 1997) ed ha curato *A mezzanotte circa* (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2000). Ha lavorato a lungo per il Gruppo Abele di Torino ed attualmente collabora con l'associazione Parsec di Roma.

Claudio Cippitelli, sociologo esperto di prevenzione e culture giovanili, è presidente dell'Associazione Parsec di Roma e presidente del Coordinamento Nazionale Nuove Droghe.



Marie Di Blasi (a cura di)

Sud-ecstasy

Un contributo alla comprensione
dei nuovi stili di consumo giovanili

Collana Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti d'abuso/
Quaderni, diretta da Alfio Lucchini
pp. 224, € 20,00, cod. 231.1.8 (V)

Cosa fa sì che gli attuali percorsi di crescita degli adolescenti nel nostro sistema sociale si incrocino sempre più precocemente e in maniera più diffusa con l'utilizzo delle droghe?

E ancora, a quali bisogni, significati, funzioni risponde attualmente l'uso di sostanze stupefacenti in adolescenza?

Il volume raccoglie una serie di contributi di ricercatori e professionisti rispetto al tema dei nuovi consumi giovanili di sostanze stupefacenti. Il termine *nuovo*, più che indicare la comparsa di nuove sostanze nel mer-

cato, sta ad indicare nuove modalità di consumo la cui comprensione richiede una profonda revisione dei modelli di lettura tradizionali. Questi ultimi, infatti, a fronte dei mutamenti culturali, antropologici e sociali avvenuti all'interno della nostra società, non riescono a cogliere pienamente la complessità del fenomeno.

Il volume si propone di dare un contributo clinico-dinamico e clinico-sociale che consenta di cogliere il senso e il significato che l'uso di sostanze "ricreative" assume per i giovani occidentali che vivono all'interno di una società in continua evoluzione dove concetti di prestazione, rischio, velocità, assumono un valore simbolico-relazionale del tutto nuovo.

Un volume che superando i limiti di un approccio riduttivo e semplificante, si rivolge a studiosi ed operatori che si occupano delle problematiche connesse ai nuovi stili di consumo giovanili e a tutti coloro che sono disposti a raccogliere la sfida che gli adolescenti di oggi lanciano alla società degli adulti.

Marie Di Blasi, psicologa e psicoterapeuta, è professore associato di Psicologia delle tossicodipendenze presso l'Università di Palermo. Da molti anni lavora nel campo della cura e della prevenzione delle dipendenze patologiche. La sua produzione scientifica si articola inoltre attraverso attività didattiche e di ricerca sui temi della valutazione della psicoterapia e dell'identità femminile.

Valutazione di un servizio delle tossicodipendenze da parte dell'utenza - Anno 2003

A. Cinquegrana*, G. Martinelli**, M. Betteni***

Premessa

La valutazione dei servizi pubblici da parte dell'utenza è prevista dall'art. 14 del decreto legislativo n. 502 del 1992. È inoltre uno dei metodi di controllo di qualità, che deve essere applicato per ottenere l'accreditamento richiesto dalle attuali normative regionali.

Per queste ragioni il Ser.T. di Brescia ha effettuato una prima indagine campionaria in maniera di disporre di dati rappresentativi, avvalendosi della modulistica già utilizzata dal Ser.T. di Montichiari (provincia di Brescia), anche al fine di poter raffrontare i risultati di indagini svolte presso due Servizi della stessa ASL ma con caratteristiche ed utenza differenti.

Metodologia

Il questionario è stato consegnato da un operatore del servizio a quanti si sono presentati in sede nella settimana dal 10 al 16 marzo 2003, chiedendo almeno una prestazione. Sono state pertanto escluse le persone seguite ed attualmente ospiti di Comunità o ristrette in carcere, perché il tipo di prestazione fornita in quegli ambiti è condizionata dalle esigenze e dalle caratteristiche della struttura ospitante. Gli utenti sono stati informati degli scopi e dei metodi della ricerca, sia attraverso volantini esposti nell'atrio del servizio sia direttamente alla consegna del questionario. Le persone sono state invitate a compilare il questionario, di cui è stata precisata l'anonimità, e a depositarlo nell'apposito contenitore, sigillato e posto nell'atrio.

Questionario Ser.T. Brescia Anno 2003

<p>Data accesso Ser.T. _____</p> <p>Data compilazione _____</p> <p>Lei è:</p> <p><input type="checkbox"/> un paziente</p> <p><input type="checkbox"/> un familiare</p> <p><input type="checkbox"/> uno studente/tirocinante</p> <p><input type="checkbox"/> un collega</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p> <p>Lei ha chiesto prestazioni di tipo:</p> <p><input type="checkbox"/> sociale</p> <p><input type="checkbox"/> psicologico</p> <p><input type="checkbox"/> educativo</p> <p><input type="checkbox"/> medico</p> <p><input type="checkbox"/> infermieristico</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p> <p>È stato accolto dal Servizio con attenzione/cortesìa/disponibilità:</p> <p><input type="checkbox"/> ottima</p> <p><input type="checkbox"/> buona</p> <p><input type="checkbox"/> sufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> insufficiente</p> <p>Specifichi se vuole i motivi, i rilievi e le categorie di persone a cui è riferito il suo giudizio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Rispetto alla sua richiesta la prestazione che il personale le ha fornito è risultata:</p> <p><input type="checkbox"/> ottima</p> <p><input type="checkbox"/> buona</p> <p><input type="checkbox"/> sufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> insufficiente</p> <p>Specifichi se vuole i motivi, i rilievi e le categorie di persone a cui è riferito il suo giudizio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ritiene che il numero di operatori di cui è dotato il Servizio sia</p> <p><input type="checkbox"/> ottimo</p> <p><input type="checkbox"/> buono</p> <p><input type="checkbox"/> sufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> insufficiente</p> <p>Come considera gli orari di apertura del Servizio?</p> <p><input type="checkbox"/> adeguati</p> <p><input type="checkbox"/> inadeguati</p> <p>Se vuole precisi i suoi rilievi e le sue proposte</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Come considera i locali del Servizio?</p> <p><input type="checkbox"/> adeguati</p> <p><input type="checkbox"/> inadeguati</p> <p>Se vuole precisi i suoi rilievi e le sue proposte</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Come considera la pulizia del Servizio?</p> <p><input type="checkbox"/> adeguato</p> <p><input type="checkbox"/> inadeguato</p> <p>Se vuole precisi i suoi rilievi e le sue proposte</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Finora il nostro Servizio le è stato utile:</p> <p><input type="checkbox"/> molto</p> <p><input type="checkbox"/> abbastanza</p> <p><input type="checkbox"/> poco</p> <p><input type="checkbox"/> per nulla</p> <p>Eventuali osservazioni generali, critiche, suggerimenti, proposte</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--	--

* Medico Responsabile.

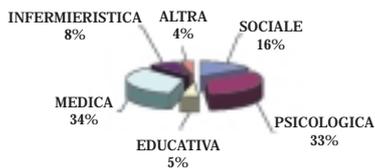
** Psicologo, Coordinatore delle attività statistiche-epidemiologiche.

*** Assistente Sociale, Referente Qualità.

Risultati

Nel periodo indicato sono stati consegnati 260 questionari: 132 (50,7%) sono stati restituiti, di cui 128 (49,2%) compilati. Di questi, 117 (pari al 91%) sono stati compilati da pazienti: 11 (9%) da familiari. Il campione, pari circa al 15% degli utenti in carico al Ser.T. nel 2002, risulta ampio seppur sono sovrarappresentati i soggetti con un programma metadonico.

Domanda 1: "Quali prestazioni ha chiesto?"



A questa domanda erano ammesse più risposte – 94 utenti, pari al 34% dichiarano di aver richiesto prestazioni mediche; 90 utenti, pari al 33%, psicologiche; 43 utenti, pari al 16%, sociali; 22 utenti, pari all'8%, infermieristiche; 14 utenti, pari all'5%, educative e 10 utenti, pari al 4%, di altro tipo. È interessante notare come le richieste di prestazioni mediche e psicologiche si equivalgono, anche quando sono combinate, individuando così un modello operativo per l'approccio al problema dipendenza. È facile ipotizzare che queste due categorie di prestazioni assorbano in qualche modo anche le richieste di tipo infermieristico l'una, sociale ed educativo l'altra, sottintendendole come corollario. Dalle risposte ricevute emerge che il concetto di prestazione utilizzato dagli utenti non sempre coincide con quello utilizzato per il controllo di gestione. Ad esempio, solo 22 persone dichiarano di aver richiesto prestazioni di tipo infermieristico quando quasi tutti i pazienti ne usufruiscono o ne intendono usufruire per terapie farmacologiche, per controlli tossicologici o per altro. D'altro canto, alcuni commenti relativi a domande riguardanti la valutazione delle prestazioni ricevute evidenziano la multidisciplinarietà della prestazione offerta dal servizio, anche per utenti che hanno indicato una sola prestazione (es.: questionario con indicata la sola prestazione di tipo medico con valutazioni positive circa l'accoglienza offerta da operatori dell'area psico-sociale e/o infermieristica).

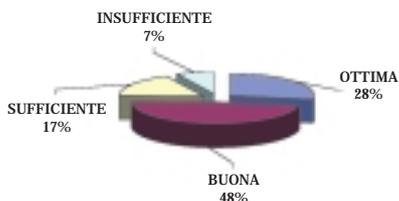
Domanda 2: "Come è stato accolto dal servizio?"



A questa domanda hanno risposto tutte le 128 persone che hanno compilato il questionario. Come evidenziato dal grafico, la valutazione è largamente positiva.

I commenti aggiuntivi degli intervistati riportati nello spazio apposito sono rivolti principalmente agli operatori di riferimento, pochi al servizio in generale. Consistono in una sottolineatura della disponibilità e della competenza professionale degli operatori.

Domanda 3: "Quale risposta ha avuto la sua richiesta di prestazione?"



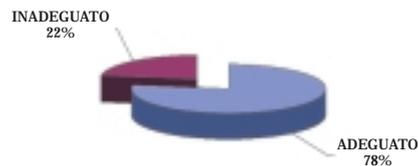
Riguardo alla domanda n. 3 emerge un quadro di valutazione complessivamente positivo: 76% buono e ottimo. Tre soggetti evidenziano problemi derivanti da tempi lunghi di attesa per colloqui o ammissione a terapia metadonica; altri tre rilevano un supporto psico-sociale non rispondente alle proprie esigenze.

Domanda 4: "Come valuta il numero degli operatori?"



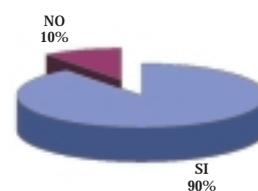
La domanda riferita all'adeguatezza del numero di operatori di cui è dotato il Servizio è quella che ha ricevuto il maggiore numero 32, pari al 26%, di risposte negative, probabilmente imputabile alle modalità di distribuzione del farmaco sostitutivo: infatti nel periodo gennaio-marzo 2003 il personale infermieristico si è ridotto da 6 a 3 unità.

Domanda 5: "Come considera gli orari di apertura del servizio?"



Riguardo alla domanda riferita agli orari di apertura del Servizio il 78% degli intervistati lo ritiene adeguato. I commenti a questa domanda vertono essenzialmente per 26 soggetti sulla richiesta di maggiore elasticità degli orari per la somministrazione del metadone; 3 soggetti propongono l'affido generalizzato del metadone nelle giornate di sabato e domenica.

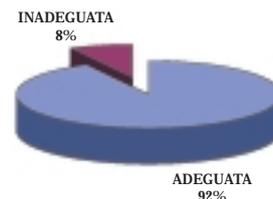
Domanda 6: "Come considera i locali del servizio?"



Il giudizio sui locali del Servizio, riassunto nel grafico soprastante, evidenzia 8 persone che esprimono per la maggior parte dei rilievi negativi sulle ristrettezza degli spazi adibiti alla somministrazione, che non consente il rispetto della privacy. Lo stesso rilievo emerge anche in questionari con una valutazione positiva sull'adeguatezza dei locali del servizio.

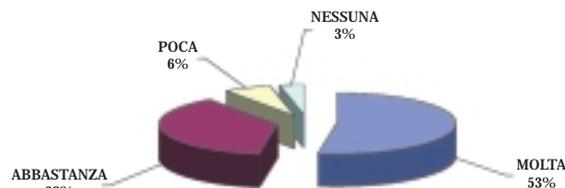
Altri rilievi riguardano la mancanza di una pensilina all'esterno dei locali e la collocazione del servizio in una strada ad elevato traffico. La quasi totalità degli utenti, pari al 90%, è comunque soddisfatta.

Domanda 7: "Come considera la pulizia del servizio?"



Questa domanda ha avuto come risposta una valutazione positiva diffusa pari al 92%. Alcune persone hanno però evidenziato la pulizia approssimativa dei servizi igienici nell'area della somministrazione e nel locale adibito alla stessa, chiaramente dovuta all'alta frequenza quotidiana, circa 300 pazienti, poiché tutti i locali vengono puliti ogni giorno in modo soddisfacente.

Domanda 8: "Quanto le è stato utile il servizio?"



Il 91% degli intervistati ritiene di averne tratto beneficio. Solo 8 utenti, pari al 9%, ritengono che il Servizio sia stato loro di poca o nessuna utilità. Nella nostra analisi si è quindi proceduto ad aggregare i pazienti in tre gruppi a seconda della risposta data alla domanda "quali prestazioni ha chiesto?"

Gruppo 1: richiesta di prestazione psico-sociale;
Gruppo 2: richiesta di prestazione medico infermieristica;
Gruppo 3: richiesta di prestazione medico-infermieristica psico-sociale.

Si sono quindi analizzate le risposte dei 3 gruppi alle domande:

“Come è stato accolto dal servizio?” con l'intento di verificare se la percezione dell'accoglienza potesse modificarsi in relazione al tipo di prestazione richiesta (v. tab. 1).

“Quale risposta ha avuto la sua richiesta di prestazione?” (v. tab. 2).

“Quanto le è stato utile il servizio?” (v. tab. 3).

Tab. 1 - Accoglienza

Valutazione	Ottima		Buona		Sufficiente		Insufficiente		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Gruppo 1	13	68	4	21	2	11			19	100
Gruppo 2	7	30	11	49	4	17	1	4	23	100
Gruppo 3	16	24	43	65	8	12	1	1	68	100
Totali	36	33	58	52	14	13	2	2	110	100

Tab. 2 - Prestazioni

Valutazione	Ottima		Buona		Sufficiente		Insufficiente		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Gruppo 1	11	57	6	32	2	11			19	100
Gruppo 2	8	36	5	23	7	32	2	9	23	100
Gruppo 3	13	19	40	61	11	16	3	4	68	100
Totali	32	30	51	46	20	19	5	5	110	100

Tab. 3 - Adeguatezza del servizio

Valutazione	Ottima		Buona		Sufficiente		Insufficiente		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Gruppo 1	14	73	2	11	2	11	1	5	19	100
Gruppo 2	11	52	7	33	1	5	2	10	22	100
Gruppo 3	34	52	29	43	3	4	1	1	67	100
Totali	59	54	38	36	6	6	4	4	107	100

Il Gruppo 1, costituito da coloro che hanno richiesto esclusivamente prestazioni psicosociali, esprime in maggior parte un'ottima valutazione sia sull'accoglienza ricevuta, le prestazioni e l'adeguatezza del servizio in generale.

Il Gruppo 2, costituito da coloro che hanno richiesto prestazioni solo di tipo medico ed infermieristico esprime in maggior parte un ottimo giudizio sulla adeguatezza del servizio, buono sull'accoglienza ricevuta. Rispetto alla congruenza delle prestazioni il 59% degli intervistati si dichiara soddisfatto o più, ma una parte, pari al 32%, ritiene gli siano state erogate prestazioni appena sufficienti.

Il Gruppo 3, quello misto che ha richiesto prestazioni sia psicosociali che medico-infermieristiche, esprime in maggior parte una buona valutazione sull'accoglienza e le prestazioni ricevute, ottima sull'adeguatezza del servizio.

In ultima analisi tutti e tre i gruppi esprimono per la maggior parte un ottimo giudizio sull'adeguatezza del servizio sul piano generale, chiarendo il senso di qualche posizione contrastata nelle valutazioni specifiche sull'accoglienza e sulle prestazioni ricevute.

Il grado di insoddisfazione generale risulta minimo, attestandosi al 2% per quanto attiene l'accoglienza ricevuta, al 5% per le prestazioni ed al 4% sull'adeguatezza del servizio.

Osservazioni e proposte degli intervistati

32 persone hanno utilizzato lo spazio predisposto per comunicare libere osservazioni e/o suggerimenti su alcuni aspetti del servizio:

Rapporto con gli operatori

- 10 persone hanno espresso una personale valutazione positiva delle prestazioni offerte dal servizio e della relazione d'aiuto con gli operatori;
- 3 persone hanno suggerito che, nella relazione di aiuto, le proposte ed il punto di vista dell'utente siano tenuti in maggiore considerazione.

Organizzazione

- 1 persona ha evidenziato che il numero di infermieri è insufficiente;
- 3 persone hanno proposto di incentivare l'affidamento del meta-done;
- 2 persone chiedono la riattivazione del servizio prelievi;
- 2 persone evidenziano tempi di attesa troppo lunghi.

Qualità della struttura

- 2 persone chiedono l'installazione di una tettoia all'ingresso del servizio;
- 2 persone hanno proposto di tener separati i pazienti con problematiche diverse;
- 2 persone propongono una maggiore sorveglianza all'esterno del servizio.
- 3 persone hanno richiesto una maggiore riservatezza nel momento della somministrazione di farmaci sostitutivi.

Varie

2 persone segnalano l'assenza di rispetto reciproco tra gli utenti del servizio.

Considerazioni conclusive

Il quadro che scaturisce da questa prima indagine è da considerare positivo.

Gli aspetti strutturali relativi all'adeguatezza dello spazio di attesa e di somministrazione dei farmaci sostitutivi sono quelli che meno soddisfano gli utenti.

Riguardo la richiesta di ripristinare il servizio prelievi, l'attuale carenza di personale infermieristico rende inattuabile la proposta.

Il Servizio ha richiesto la sostituzione di almeno una delle due infermiere assenti per maternità.

Al momento della stesura del presente elaborato i tempi di attesa per l'accoglienza e l'avvio della fase di accertamento diagnostico sono contenuti entro i 10 giorni.

Va precisato che il questionario è stato somministrato prima dell'incentivazione dell'affido del meta-done nelle giornate di sabato e domenica; per tale nuova riorganizzazione il Ser.T. di Brescia attuerà una valutazione ad hoc.

Il lavoro svolto ha consentito di approfondire l'analisi dello strumento utilizzato e di raccogliere utili indicazioni. È infatti intenzione del Servizio risomministrare il questionario – opportunamente modificato – a cadenza annuale, quale strumento per riflettere sul proprio operato all'interno di un più ampio sistema di valutazione dell'esito del Ser.T. ✍

Il Ser.T. di Brescia copre il bacino di utenza di tre Distretti Socio-Sanitari: Distretto 1: Brescia città e Distretti 2 e 3: Hinterland.

In pianta organica sono assegnati i seguenti operatori: 1 medico responsabile, 8 medici, 7 psicologi, 5 assistenti sociali, 4 educatori professionali, 3 assistenti sanitari, 4 infermieri professionali, 2 amministrativi, 1 ausiliario.

Orario di apertura del Servizio:

Dal Lunedì al Venerdì: ore 7,15-19,15

Sabato, Domenica e Festivi: ore 7,15-13,15

A fine dell'anno 2002 il carico annuale complessivo era di quasi 800 unità, con un carico istantaneo pari al 71%.

Ogni anno circa un terzo degli utenti conclude il rapporto col servizio, ma viene integrato in egual misura dai casi nuovi o riammessi al trattamento. Il 55% di queste presentazioni avvenute nell'anno è costituito da casi nuovi.

Tipologia delle sostanze d'abuso:

Utenti già in carico: 87% eroina 13% cocaina

Utenti riammessi: 84% eroina 16% cocaina

Nuovi utenti 64% eroina 36% cocaina

Al Ser.T. di Brescia, in quanto Ser.T. capoluogo, compete anche l'attività per i detenuti tossicodipendenti presso le Carceri di Brescia e Verzano.

Conclusi i primi due moduli del Master in Management e Comunicazione per Direttori di Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

Dal 19 al 22 maggio 2003 si sono tenuti a Montecatini i primi due moduli del master, dedicati ai fondamenti di economia sanitaria, management sanitario e farmacoeconomia.

I professori Filippo Bolla, economista sanitario e Maria Giulia Marini, epidemiologa sanitaria, hanno trattato gli argomenti sapendo coniugare gli aspetti teorici generali con la specificità del settore delle dipendenze.

Caratteristica assolutamente innovativa, che i 38 colleghi di tutta Italia che partecipano al Corso hanno segnalato, anche in rapporto con i percorsi di formazione manageriali già vissuti.

Molti i compiti nell'interfase con la prossima residenzialità di novembre, tramite la Learning Room.

In apertura del Corso il segretario esecutivo di FeDerSerD Alfio Lucchini ha rimarcato la rilevanza del percorso formativo e la necessità che attività formative di livello interessino tutte le figure professionali.

Questo sarà un impegno per FeDerSerD.

Il Presidente di FeDerSerD Alessandro Coacci ha ricordato la necessità di costruire delle sinergie virtuose che permettano lo sviluppo della nostra formazione, anche in rapporto con sponsor lungimiranti.

Inoltre ha segnalato con forza l'obiettivo di migliorare, anche con la formazione, la nostra professionalità all'interno delle strutture decisionali aziendali.



Il direttore generale di ISTUD Marella Caramazza, una delle più affermate manager italiane, si è soffermata sulla mission dell'Istituto e in particolare sullo sviluppo degli interventi dell'area sanità. ✍

CONVEGNO INTERREGIONALE di FeDerSerD
Reggia di Caserta, 18-19 settembre 2003

Addiction: quale domani La complessità di un percorso terapeutico. Clinica, etica e integrazione socio-sanitaria

Temi della prima giornata:

- Cause e concause nella dipendenza.
- Aspetti medici, psicologici e sociali.
- Comorbilità psichiatrica: dal mito alla pratica.
- Disturbi depressivi e tossicodipendenza.
- Farmacodipendenze e Progetti Sperimentali.

Temi della seconda giornata:

- Buprenorfina. Le formulazioni del futuro; Buprenorfina e depressione. Implicazioni cliniche e di trattamento; Verso le linee guida sull'utilizzo clinico della buprenorfina.
- Epatiti, coinfezioni, tossicodipendenza.

Tavola rotonda: Verso un sistema pubblico-privato delle dipendenze.

Le strategie, le esperienze, le progettualità nell'integrazione pubblico-privato.

Assemblea Nazionale FeDerSerD.

Iscrizione al Congresso:

gratuita per i soci FeDerSerD, con quota di iscrizione per i non soci (100 euro per laureati, 50 euro per non laureati).

L'iscrizione al Congresso comprende:

ingresso alle sessioni congressuali, kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato ECM, coffee break e lunch.

Segreteria Organizzativa:

STUDIOESSE Congressi e Comunicazione

Via D. Perta, 10 - 81031 Aversa (Ce)

tel. 081/8904040 - fax 081/8907169

www.studioesse.net - e-mail info@studioesse.net

Crediti ECM

L'evento è in accreditamento ECM per le differenti qualifiche professionali: medico, psicologo, infermiere, assistente sanitario, educatore.

La procedura ECM prevede il controllo elettronico di entrata ed uscita per le singole giornate.

Al termine del Congresso sarà necessario riconsegnare il questionario di valutazione e di verifica di apprendimento che permetterà l'attribuzione dei crediti. Verrà inoltre rilasciato l'attestato di partecipazione al termine dei lavori congressuali, mentre l'attestato ECM, comprovante i crediti formativi, verrà inviato successivamente.

Organizzazione per crediti ECM: EXPO POINT - Organizzazione Congressi, Eventi

Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)

tel. 031/748814 - fax 031/751525

e-mail federserd@expopoint.it

Comitato Promotore Nazionale: Direttivo nazionale FeDerSerD.

Comitato Organizzatore: Antonio d'Amore, Bernardo Grande, Maurizio D'Orsi, Guido Faillace, Giorgio Serio, Roberto Cataldini.

Presidenza Nazionale FeDerSerD: Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, Via Europa, 11/B - 58100 Grosseto.

CONGRESSO INTERREGIONALE di FeDerSerD
giovedì 16 e venerdì 17 ottobre 2003 - Abano Terme (PD)
Teatro Congressi "Pietro D'Abano", Largo Marconi, 16

I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali

Temi della prima giornata - Aspetti Generali del Trattamento

Epidemiologia ed Integrazione dei servizi

I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive e l'uso di sostanze nei disturbi affettivi e d'ansia / Specificità dell'integrazione tra Servizio delle Dipendenze e Servizio di Salute Mentale.

Clinica dei disturbi affettivi e d'ansia

Temperamenti, personalità e disturbi affettivi e d'ansia / Depressione e ansia nei tossicodipendenti e negli alcolodipendenti.

Diagnosi e valutazione multidimensionale

Valutazione multidimensionale: necessità per la scelta del trattamento / Management clinico.

Trattamento riabilitativo

Complessità e integrazione del trattamento farmacologico e psico-sociale / Valutazione del trattamento riabilitativo, metodologia e strumenti / Economia Sanitaria: analisi dei costi e dell'efficacia delle possibili modalità assistenziali.

Temi della seconda giornata - Aspetti Specialistici del Trattamento

Diversificazione del trattamento farmacologico

Progetti terapeutici per obiettivi e indicatori di risultato / Specificità dell'uso della Buprenorfina / Attualità e prospettive dell'uso del Metadone / Cocaina, neurotrasmettitori e ipotesi di trattamento neurofarmacologico.

Psicofarmaci e dipendenza

Trattamento farmacologico dei disturbi affettivi e d'ansia / Trattamento farmacologico dimensionale dei disturbi di personalità.

Complessità della riabilitazione

Complessità nel trattamento riabilitativo della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza / Trattamento del gioco d'azzardo patologico e della comorbilità associata / L'impiego dei gruppi di self-help nelle dipendenze: modelli a confronto / Trattamento residenziale "specialistico" nel Sistema delle Dipendenze / Disturbi di comorbilità nell'alcoldipendenza e programma alcolologico residenziale.

Specificità della psicoterapia

Psicoterapia individuale dei disturbi di personalità: indicazioni e implicazioni / Psicoterapia di gruppo: strumento terapeutico e riabilitativo / Trattamenti complementari nella dipendenza da sostanze psicoattive / Psicoterapia individuale come strumento del programma residenziale di Comunità.

Iscrizione al Congresso:

gratuita per i soci FeDerSerD, con quota di iscrizione per i non soci (60 euro per laureati, 30 euro per non laureati).

L'iscrizione al Congresso comprende:

ingresso alle sessioni congressuali, kit congressuale (abstract, atti e cd multimediale), attestato di partecipazione, attestato ECM, coffee break e lunch.

Presentazione Abstract:

È possibile inviare esperienze, ricerche e comunicazioni scritte che verranno pubblicate nel volume degli Atti e presentate in uno spazio espositivo appositamente allestito.

Il file, formato Word o Excel - carattere Times New Roman - dimensione 10 - spaziatura 1,5 - max 3 fogli elettronici comprendenti testo, grafici e tabelle, indicando titolo-autore/i - struttura - area tematica (1. promozione della salute/prevenzione, 2. trattamento, 3. riabilitazione, 4. psicoterapia, 5. organizzazione/management, 6. valutazione), deve essere inviato tramite floppy disk o e-mail entro il 15 settembre 2003 alla Segreteria Organizzativa del Congresso.

Ogni autore verrà informato dell'accettazione del lavoro. Nell'area espositiva è allestito uno spazio per la consultazione multimediale degli Abstract presentati al Comitato Scientifico del Congresso.

È previsto il loro inserimento negli Atti del Congresso, comprendenti anche le relazioni.

Segreteria organizzativa:

EXPO POINT - Organizzazione Congressi, Eventi
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)
tel. 031/748814 - fax 031/751525
e-mail federserd@expopoint.it
Sito del Congresso FeDerSerD

Crediti ECM

L'evento è in accreditamento ECM per le differenti qualifiche professionali: medico, psicologo, infermiere, assistente sanitario, educatore.

La procedura ECM prevede il controllo elettronico di entrata ed uscita per le singole giornate.

Al termine del Congresso sarà necessario riconsegnare il questionario di valutazione e di verifica di apprendimento che permetterà l'attribuzione dei crediti. Verrà inoltre rilasciato l'attestato di partecipazione al termine dei lavori congressuali, mentre l'attestato ECM, comprovante i crediti formativi, verrà inviato successivamente dalla Segreteria Organizzativa.

Segreteria Scientifica: Ezio Manzato, Raffaele Lovaste, Maurizio Sgrò, Alfio Lucchini, Maurizio Fea.

Presidenza FeDerSerD: Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, Via Europa, 11/B - 58100 Grosseto.

Corso di agopuntura bioenergetica e omotossicologia

FeDerSerD e il Nobile Collegio Omeopatico organizzano un Corso di Agopuntura Bioenergetica e Omotossicologia, con la collaborazione della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Milano 1 - Servizio delle Dipendenze.

Il corso è riservato a laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria, veterinaria e farmacia, con attenzione prioritaria ai medici dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze e del SSN.

La quota di iscrizione è di 250 €, per gli iscritti a FeDerSerD la quota è di 200 €.

Nella quota è compresa l'iscrizione al Nobile Collegio Omeopatico.

Le basi teorico cliniche della medicina tradizionale cinese e dell'omotossicologia

1. Medicina tradizionale cinese (dott.ssa Anna Golzi)

2. Omotossicologia (dott. Sabatino Meletani)

Periodo del corso: ottobre 2003-maggio 2004 per n. 8 giornate, sabato, dalle ore 9.00 alle ore 18.30.

Accreditato ECM per le figure professionali previste.

Sede del corso ed informazioni:

Nucleo Operativo Alcolologia - ASL Milano 1
Via Montegrappa 40 - 20051 Limbiate (Milano)
tel. 02/99513851 - fax 02/99513860

La scuoлина Parole Stupefacenti

FAENZA, 24-26 NOVEMBRE 2003

La scuoлина apre il 24 novembre alle ore 15.00 fino al 26 novembre ore 18.00.

Direttore: Edo Polidori.

Materie di insegnamento

Antropologia delle droghe

Docente: Giorgio Samorini.

Riservato a 70 persone.

Sostegno alla genitorialità

Docenti: Maurizio Fea e Amedea Lorusso.

Riservato a 30 persone.

Linee guida europee sui trattamenti di sostituzione: aspetti farmacologici, clinici, organizzativi

Docenti: Ernst Buning e Annette Verster.

Riservato a 100 persone.

Per le iscrizioni a questo corso verrà data la precedenza alle persone con minore anzianità lavorativa nei Ser.T. - Traduzione simultanea garantita.

La sede del corso è l'Hotel Cavallino di Faenza.

Orari delle lezioni: mattino: 9.00-13.00 - pomeriggio: 15.00-18.00.

Quota di iscrizione di 50 euro (soci FeDerSerD e ITACA,) e 100 euro (non soci).

Nella quota di iscrizione sono compresi i pranzi e le attestazioni di presenza e ECM (accreditamento per le figure professionali dei servizi).

Partecipano alla organizzazione:

FeDerSerD - Itaca Italia - OWL Onlus Faenza

Comune di Faenza - Servizi Sociali Associati

Azienda USL di Ravenna - Distretto di Faenza - Ser.T. di Faenza.

Per informazioni: EXPOPOINT federserd@expopoint.it

Principi di Buon Uso del Metadone (federserd@expopoint.it)

Venerdì 26 settembre
CALABRIA - Tenuta Valivella - Catanzaro
Referente FeDerSerD: Bernardo Grande

Lunedì 29 settembre
SICILIA - Sala Conferenze
Presidio Ospedaliero Chiello
Piazza Armerina - Enna
Referente FeDerSerD: Guido Faillace

Terza decade di ottobre
SICILIA - Taormina
Referente FeDerSerD: Guido Faillace

Focus on Buprenorfina (federserd@expopoint.it)

Bologna - Prima metà di settembre
Referente FeDerSerD: Edoardo Polidori

Martina Franca - Taranto - Sabato 4 ottobre

Varese - Novembre
Referente FeDerSerD: Vincenzo Marino

Prorogato al 15 novembre 2003 il termine di presentazione degli elaborati del Premio "MOLTENI PER LA TOSSICODIPENDENZA" in collaborazione con FeDerSerD

Il premio, di 10.000 € complessivi, verrà assegnato in base al contenuto scientifico dei lavori presentati e suddiviso tra i due operatori o i due gruppi di operatori che presenteranno il miglior lavoro sui due temi seguenti:

- **Metadone e Reinserimento Sociale.**
- **Metadone e Farmacoeconomia.**

Il premio è rivolto alla valorizzazione dell'insieme del sistema dei servizi italiani.

L'organizzazione nella produzione del lavoro è libera, si consiglia di seguire le modalità classiche: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione, bibliografia.

Il materiale dovrà essere al massimo di n. 10 cartelle (indicativamente 50.000 battute word), compresi gli eventuali grafici, tabelle, illustrazioni e bibliografia.

I lavori devono essere inviati, con raccomandata, a RGB Medical - Direzione Scientifica, viale Piave 1, 20129, Milano.

Alla copia originale del lavoro dovranno essere allegati n. 5 copie e la documentazione descritta di seguito:

- domanda di ammissione al concorso in carta libera completa dei dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico;
- breve curriculum dei partecipanti al concorso;
- dichiarazione che l'Ente di appartenenza dell'operatore o degli operatori è a conoscenza dell'iniziativa e autorizza alla partecipazione;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96.

I premi verranno assegnati durante un convegno FeDerSerD di rilevanza nazionale, che si terrà a Milano nella seconda decade del mese di febbraio 2004.

(per informazioni federserd@expopoint.it)

Tutti i lavori pervenuti non saranno restituiti. Oltre ai lavori premiati, tutti i lavori ritenuti scientificamente validi saranno oggetto di pubblicazione. Tutti i partecipanti saranno contattati sull'esito della loro partecipazione.

La commissione giudicatrice è composta da presidente, vicepresidente, segretario e comitato etico scientifico di FeDerSerD: Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Gilberto Gerra, Pier Paolo Pani, Clara Baldassarre, Antonio Mosti, Roberto Calabria, Vincenzo Marino.

Per ulteriori notizie sul bando, consultate il sito www.federserd.it

Prosegue il processo di organizzazione e di decentramento di FeDerSerD.

Ecco l'articolato del regolamento per la costituzione delle Federazioni Regionali, approvato all'unanimità dall'assemblea nazionale di FeDerSerD in data 21 maggio 2003.

Regolamento Federazioni Regionali di FeDerSerD

Art. 1 - Premessa

Visto lo Statuto Nazionale dell'Associazione "Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze", abbreviato FeDerSerD, che è parte integrante di questo regolamento.

Art. 2 - Nome

Si costituisce una Federazione Regionale denominata - FeDerSerD "nome regione" - Federazione regionale degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, secondo quanto previsto dall'articolo 13 comma m dello statuto nazionale.

Art. 3 - Sede

La Federazione ha sede in
via

Art. 4 - Scopi

Gli scopi della Federazione Regionale sono quelli previsti dall'art. 3 dello Statuto Nazionale e precisamente:

1. promuovere informazione corretta, attività di prevenzione, formazione e aggiornamento professionale, fra gli operatori del sistema dei servizi, nel campo del consumo, abuso, dipendenze e patologie correlate;
2. promuovere rapporti con le istituzioni Regionali di carattere politico, al fine di garantire la coerenza scientifica e operativa delle scelte legislative ed organizzative;
3. promuovere una cultura del management nel settore delle dipendenze;
4. promuovere progetti e ricerche sperimentali e cliniche atte a valutare i danni somatici, psichici e sociali da sostanze di consumo, abuso e dipendenza, le patologie correlate, gli altri comportamenti additivi, i meccanismi biologici e psichici che sono alla base delle alterazioni del comportamento indotte nell'uomo da ogni tipo di sostanze o comportamenti di abuso;
5. promuovere progetti e ricerche sperimentali e cliniche atte ad individuare ed accertare la obiettiva efficacia di qualsivoglia trattamento farmacologico, psicologico, comportamentale e sociale capace di intervenire sullo stato di dipendenza e sulle patologie correlate;
6. promuovere progetti e ricerche sociali e giuridiche nel campo del consumo, abuso, dipendenza e dei correlati alla sicurezza sociale ed alla giustizia nel quadro delle compatibilità etiche e professionali.

Art. 5 - Soci

Possono far parte della Federazione Regionale i soci ordinari iscritti a livello nazionale. Le quote annuali possono essere versate dai soci sia sul conto corrente intestato alla sede Nazionale, sia su quello Regionale. La Federazione Regionale versa all'Associazione Nazionale il 30% delle quote dei soci iscritti a livello Regionale.

Art. 6 - Organi

Gli organi della Federazione Regionale sono: Assemblea, Comitato Direttivo, Presidente, Segretario, Comitato Tecnico-Scientifico.

Art. 6, comma 1 - Assemblea

L'Assemblea è formata da tutti i soci. È convocata dal presidente almeno una volta l'anno. Per la validità della sua costituzione e delle sue delibere in prima convocazione è necessario che siano presenti o rappresentati almeno la metà dei soci e le delibere saranno prese a maggioranza dei voti. In caso di seconda convocazione, l'assemblea sarà valida qualunque sia il numero dei soci o dei voti e delibererà sempre a maggioranza semplice. Spetta all'assemblea deliberare in merito:

- all'approvazione del bilancio preventivo e consuntivo;
- alla nomina del comitato direttivo e del comitato tecnico-scientifico;
- all'approvazione ed alle modifiche dello Statuto e degli eventuali regolamenti;
- ad ogni altro argomento che il comitato direttivo intende sottoporre.

Le delibere dell'assemblea verranno trascritte in apposito verbale.

È convocata almeno otto giorni prima della riunione, mediante comunicazione scritta inviata tramite lettera, oppure inoltrata tramite telefax o posta elettronica, con il consenso degli interessati.

Art. 6, comma 2 - Comitato Direttivo

È composto da un massimo di nove membri eletti a maggioranza dall'assemblea e resta in carica per tre anni. I Consiglieri Nazionali partecipano alle attività del Comitato Direttivo.

Il Comitato Direttivo:

- elegge il presidente;
- provvede alle attività dell'associazione e decide sulla destinazione degli utili e degli avanzi di gestione agli scopi istituzionali;
- affida incarichi agli associati o a terzi specificandone i compiti e gli eventuali rimborsi spese e/o retribuzioni;
- avvia iniziative per organizzare manifestazioni scientifiche e culturali in ambito regionale;
- deve riunirsi almeno due volte l'anno: entro il 30 aprile e il 31 dicembre di ogni anno per sottoporre all'assemblea l'approvazione rispettivamente del bilancio consuntivo relativo all'anno precedente ed il bilancio preventivo relativo all'anno successivo;
- è convocato almeno otto giorni prima della riunione, mediante comunicazione scritta inviata tramite lettera, oppure inoltrata tramite telefax o posta elettronica, con il consenso degli interessati.

Art. 6, comma 3 - Presidente

È il rappresentante legale della Federazione Regionale.

Viene eletto a maggioranza dal Comitato Direttivo e resta in carica tre anni. Può essere rieletto. Presiede le riunioni dell'Assemblea e del Comitato Direttivo. In assenza o impedimento del Presidente ha legale rappresentanza, della Federazione Regionale, il Vice Presidente che dà esecuzione alle delibere del Comitato Direttivo.

Art. 6, comma 4 - Segretario

È nominato dal Presidente e svolge anche funzioni di tesoriere. Resta in carica tre anni e può essere rinominato.

Art. 6, comma 5 - Comitato Tecnico-Scientifico

È composto da un minimo di tre ad un massimo di sette membri nominati dal Comitato Direttivo tra i soci ordinari, nominandone altresì un coordinatore.

Il comitato Tecnico-Scientifico si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni:

- collabora con il Comitato Direttivo per promuovere le attività di studio, di ricerca e di progetto della federazione;
- programma le attività di ricerca della federazione;
- programma la pubblicazione dei lavori di maggiore dignità teorica e scientifica, ivi compresi quelli che concludono le ricerche svolte nell'ambito della federazione.

Il Coordinatore del Comitato Tecnico-Scientifico Regionale entra, al fine di una non duplicità degli interventi, nel comitato Etico-Scientifico Nazionale.

Art. 7 - Patrimonio

Il patrimonio della Federazione Regionale è costituito da:

1. beni immobili e mobili che diverranno proprietà della Federazione;
2. fondi derivati da eccedenze di bilancio;
3. donazioni, erogazioni, lasciti.

Art. 8 - Proventi

I proventi, detratti del 30% da versare alla Federazione Nazionale, con cui provvedere alla attività e alla vita della federazione sono costituiti da:

1. quote associative;
2. redditi di beni patrimoniali;
3. erogazioni e contributi dei cittadini, enti pubblici e privati, società ed associazioni;
4. eventuali entrate per servizi prestati dalla Federazione.

Art. 9 - Scioglimento

La Federazione ha durata illimitata. Si estingue secondo le modalità di cui all'art. 27 c.c.

In caso di estinzione l'assemblea delibererà in merito alla devoluzione del patrimonio residuo ad altra associazione con finalità o fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'art. 3 comma 190 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, e salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

Art. 10 - Disposizioni finali

Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto si fa riferimento alle norme del codice civile e alle leggi in materia.

Art. 11 - Norma transitoria

Nella prima gestione amministrativa, finanziaria e scientifica, e fino alla prima assemblea, il Comitato Direttivo Regionale è nominato dal Consiglio Direttivo Nazionale di FeDerSerD su proposta dei Consiglieri Nazionali referenti per Regione.

Quando questo numero di *MISSION* sarà negli ambulatori e sulle scrivanie degli operatori italiani la giornata internazionale contro l'abuso di droghe sarà stata da poco celebrata. È possibile che per tale occasione si tornerà a parlare di un tema, la riforma della 309, che nel mese di aprile spinse il collega D'Egidio a scrivere un bel fondo per il sito di FeDerSerD www.federserd.it che merita di essere pubblicato.

La tossicodipendenza, la politica e la verità Sull'annunciata riforma del T.U. 309/90

*Pietro Fausto D'Egidio**

La verità e Socrate nel Fedro di Platone: "Dicono che chi si accinge a diventare oratore e uomo politico non occorre che sia a conoscenza di verità intorno a cose giuste e buone o anche intorno agli uomini. Infatti della verità intorno a queste cose non importa proprio niente a nessuno, ma importa soltanto ciò che è persuasivo. E questo risulta essere non già il vero ma il verosimile e ad esso deve attenersi chi vuole parlare con arte. E anzi talvolta non si debbono neppure esporre i fatti medesimi qualora non si siano svolti in maniera verosimile. In generale, chi parla deve seguire appunto il verosimile e mandare a spasso con tanti saluti la verità".

(G. Reale su "La saggezza antica")

I giornali hanno riportato i punti di forza della nuova legge italiana sulle tossicodipendenze illustrati dal Vice Presidente del Consiglio a Vienna alla riunione della Commissione delle Nazioni Unite per la lotta agli stupefacenti.

Tra le altre:

- verrà cancellata la distinzione tra le droghe leggere e le droghe pesanti;
- scomparirà la tolleranza per l'uso personale delle droghe, ma si propone di portare da 4 a 6 gli anni di sospensione della pena per chi voglia avviare un percorso di recupero;
- sarà prevista una dose massima tollerabile da stabilire "scientificamente" a seconda delle sostanze consumate.

Abbiamo lavorato molto in questi anni e dobbiamo ricordare qualche cosa.

1. Nella seconda Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze (Napoli, marzo 1997), organizzata per il Governo da Livia Turco, il gruppo di lavoro guidato da Mario Santi (ricordiamo ancora il suo generoso impegno) propose una nuova classificazione per superare i concetti impliciti in "droghe leggere" e "droghe pesanti". Tra l'altro si scrisse: "I termini leggera o pesante sembrano voler in parte ridurre i rischi di alcuni abusi o per lo meno indurre la società ad accettarli con maggiore tolleranza. Questa terminologia ci sembra superata da un punto di vista scientifico, dovrebbe quindi essere quantome-

no aggiornata affinché, anche culturalmente, si cominci a modificare il concetto di abuso e dipendenza e si restituisca la dignità, finora negata, a coloro che ne sono vittima".

Scrivo nel 1996:

"La distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti induce un percorso logico quasi automatico e quasi obbligato che è il seguente: esiste una correlazione semantica tra droga pesante = droga pericolosa e droga leggera = droga meno o punto pericolosa; pertanto la maggiore o minore pericolosità di una droga la si lega in modo automatico e inconscio alla sua natura chimica. Questo assunto è sbagliato. Infatti la pericolosità conseguente all'uso di una droga è legata non solo alla sua natura chimica, ma al contesto in cui la si usa". E ancora: "L'alcol è una droga leggera o pesante?" "È possibile un uso non patologico di droghe?". Tutti noi possiamo accettare l'idea che è molto più pericoloso fumare uno spinello mentre si guida una automobile che mentre si vede in televisione il film di Walt Disney "Alice nel paese delle meraviglie".

Ma cerchiamo di rispondere a questa domanda. È possibile un uso non patologico di droghe? Uso la morfina in unità coronarica. Nessuno di questi miei pazienti è mai diventato eroinomane. Da millenni in molte culture si documenta un uso non patologico di droghe: cocaina in America Latina, hashish in Medio Oriente, funghi allucinogeni in America Centrale, alcol in Europa.

Io faccio un uso non patologico di alcol, che è una droga devastante e nella classificazione della severità delle

sostanze d'abuso del N.I.D.A. (National Institute of Drug Abuse - USA) è indicata come una sostanza più pericolosa della cocaina (tab. 1).

Ieri ho bevuto 2 bicchieri di Montepulciano d'Abruzzo del 1990, un Villa Gemma di Masciarelli, del 1990 e dopo ho letto un libro. Non soddisfo alcuno dei criteri del DSM IV per l'abuso di alcol.

Lancio una sfida a tutti quelli che vogliono ragionare in modo laico, non legandosi a schemi preconfezionati e non cercando risposte utili alla loro carriera professionale o politica o sociale.

Mi chiedo e vi chiedo: è possibile un analogo uso di cocaina o amfetamine o ecstasy o addirittura eroina: un uso cioè non patologico? C'è da considerare che molti dei criteri proposti dal DSM IV per l'abuso di sostanze sono legati al contesto sociale e a come l'uso interferisce con la cultura dominante.

Ma sappiamo che nelle sottoculture l'accettazione è per regole diverse.

Inoltre. Cosa ci insegnano gli studi di neurobiologia sull'effetto condizionante di un uso sporadico per un uso non controllato? Sappiamo con sicurezza che le droghe vanno a stimolare il nucleo accumbens in maniera, rispetto agli stimoli naturali, fortemente patologica: eccessiva per intensità e durata, slegata dal contesto. Sappiamo dagli studi sulla plasticità neuronale che il nostro cervello ed i nostri neuroni imparano dall'esperienza. In cosa un uso sporadico o addirittura ripetuto nel tempo modifica i nostri neuroni? Con quali conseguenze? Quanto è rilevante questo aspetto nel contesto generale della nostra riflessione?

Dobbiamo rimboccarci le maniche, noi operatori, per cercare nuove strade per curare e prenderci cura dei pazienti dipendenti da sostanze, per contribuire a realizzare programmi di prevenzione efficaci. Avendo il coraggio di porci interrogativi difficili e sempre rispettando l'uomo che abbiamo davanti".

2. Per essere condannati a 6 anni di carcere bisogna aver commesso delitti veramente gravi. In tutte le categorie sociali c'è chi usa droghe: anche tra i professionisti del crimine. È comodo e facile avere una "patente" di pirandel-

* *Direttivo nazionale FeDerSerD, responsabile www.federserd.it*

Tab. 1 - Classificazione della severità delle sostanze d'abuso

Sostanza	Sindrome d'astinenza	Auto-rinforzo	Tolleranza (dosi)	Dipendenza	Intossicazione	Totale
Eroina	2	2	1	2	2	9
Alcol	1	3	3	4	1	12
Nicotina	3	4	2	1	5	15
Cocaina	4	1	4	3	3	15
Caffeina	5	6	5	5	6	27
Marijuana	6	5	6	6	4	27

Legenda: 1 = massima severità; 6 = minima severità

liana memoria per fare i criminali e non pagare la pena. Non tutti quelli che usano droghe sono poveri sventurati che fanno un furto per comperarsi la bustina: ce ne sono molti che vanno in giro con chili di oro addosso e guadagnano molte migliaia di euro al giorno; c'è chi viene nei Ser.T. per cercare di "prendere la patente" di cui si diceva prima. E poi un giorno di carcere costa molto di più di un giorno di "percorso di recupero".

3. Silvia Della Monica, Sostituto Procuratore della Repubblica in Firenze

sosteneva in un dibattito a Pescara nel 1989 (sottolineo: 14 anni fa): "Ciò che in un caso può essere modica quantità in un altro caso può non esserlo; e questo è proprio il senso di un giudizio, perché si può attenere ad una persona e non ad un'altra. La giustizia non è qualcosa che si fonda su una elaborazione precisa di dati che potrebbero essere altrimenti immessi in un computer. Diversamente non ci sarebbe bisogno dell'opera dei giudici: basterebbe semplicemente mettere certi dati in un apparecchio, attendere l'elaborazione

ed ottenere un risultato. Ciò che al magistrato si chiede invece nel concreto è di compiere uno sforzo per vedere la gravità della violazione posta in essere, il grado di colpa o di dolo di un determinato soggetto e, nel caso di un soggetto tossicodipendente, verificare se il suo grado di tossicodipendenza sia tale che, rispetto alla quantità di droga posseduta, si possa dire che egli detenesse una modica quantità per il suo bisogno personale. È ovvio che questo porta in alcuni casi ad una difformità di giudizio. Ma questo è un fatto fisiologico della giustizia, non patologico. Il patologico sarebbe se si avessero dei risultati esattamente uguali e anche questo è quello che secondo me Mario Santi chiama la cultura della semplificazione".

Insomma, facciamoci aiutare anche da Platone per cercare il vero e rifuggire dal verosimile e dalla cultura della semplificazione che gli fa da spalla. FeDerSerD ha, tra i suoi compiti fondanti, anche quello di fare cultura: impegnamoci tutti. ☺

Nasce una Associazione di utenti in Regione Lombardia.

Pubblichiamo una nota del Presidente Renzo Serafini della Associazione SMERALDO, segnalando con molto piacere come questa realtà si sviluppi in collaborazione con il Servizio pubblico delle Dipendenze, in particolare il Nucleo Operativo Alcologia di Limbiate, Diretto dalla nostra associata Cosetta Greco.



C/o N.O.A. - Via Monte Grappa 40 - 20151 Limbiate (MI)
C.F. 91085010154 - tel. 3472975598

Nel maggio di quest'anno un gruppo di utenti del NOA (Nucleo Operativo Alcologia) di Limbiate (Milano) ha fondato un'Associazione di volontariato, senza fini di lucro, che persegue fini di solidarietà sociale e che è stata denominata SMERALDO.

L'Associazione, che ha sede presso il NOA di Limbiate, può operare in tutta la Regione e ha come finalità il sostegno, la cura e la risocializzazione delle persone che hanno problemi di abuso o dipendenza da alcol e droghe e delle loro famiglie.

Essa si propone di organizzare, promuovere e sostenere iniziative di:

- informazione, divulgazione e di ricerca;
- formazione e prevenzione sull'uso improprio, abuso e dipendenza da sostanze;
- sostegno alle famiglie e il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti alcol/tossicodipendenti.

L'Associazione opera in collaborazione e in integrazione con i servizi pubblici e del privato sociale e ne sostiene l'azione e le funzioni.

SMERALDO vive del sostegno e della partecipazione di quanti, utenti, famigliari, amici, operatori, hanno consapevolezza e sentono importante la tutela sia della propria salute psico fisica e integrità sociale che quella dei propri cari e delle giovani generazioni, che sono particolarmente esposte ai rischi e ai danni prodotti dall'uso improprio e dall'abuso di alcol e delle altre droghe.

SMERALDO ritiene che il mantenimento e/o la creazione di servizi socio sanitari efficienti ed efficaci sia garanzia indispensabile al conseguimento di queste finalità e si propone di cooperare con essi, per quanto previsto dalla legge e dalle proprie norme statutarie.

Potete iscrivervi e ricevere informazioni sulle iniziative e attività telefonando al numero 3472975598.

Il Presidente
Renzo Serafini

Il Presidente della Regione Puglia scrive a FeDerSerD

Il dott. Raffaele Fitto, Presidente della Regione Puglia, ha risposto alla informativa di operatività di FeDerSerD presentata dal nostro referente regionale dott. Roberto Cataldini.

Nella nota datata 29 aprile il Presidente Fitto afferma che "la prevenzione delle tossicodipendenze e di fenomeni di abuso, per i problemi e i costi relativi alla salute individuale ed alla sicurezza sociale connessi, rappresenta una questione complessa che necessita di un sistema preventivo/assistenziale a favore dei soggetti dipendenti e di un approccio multidimensionale che spazi dalla responsabilizzazione del mondo degli adulti e degli educatori, all'aggiornamento professionale degli operatori specializzati, passando per il più ampio coinvolgimento della società civile".

Scrive ancora il Presidente a Cataldini "per tali motivi si approvano pienamente le finalità della FeDerSerD ed il Suo personale impegno".

Infine la lettera contiene un invito al nostro referente regionale a valutare il documento tecnico di individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento istituzionale, ai sensi dell'art. 8 quater del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni, elaborato dall'Agenzia Regionale Sanitaria Pugliese, e a formulare osservazioni riguardanti il settore di interesse.

Il lavoro che pubblichiamo rappresenta una rielaborazione ed estensione di una relazione tenuta a Cernobbio nella sessione "Psicoterapie". Rappresenta un approccio teorico che spinge a molte riflessioni, ma deve essere valutato e discusso non solo per l'ambito alcologico (ove applicazioni come quelle presentate hanno da tempo presenza) ma più in generale al trattamento delle dipendenze, ovviamente con tutte le difficoltà che gli stessi autori riconoscono, e quindi con gli adattamenti necessari.

Il trattamento di gruppo in alcologia

*Cosetta Greco**, *Monica Nocentini***

La terapia di gruppo come istituzione sociale

L'assunto di base fondamentale della terapia di gruppo istituzionalizzata è che è un bene, solo che raramente si dice per che cosa è un bene" (Berne).

Questa affermazione, definita un assunto di base inesperto, ci sembra un'utile introduzione alla nostra riflessione sulla funzione del gruppo nel trattamento istituzionale delle dipendenze, sulle indicazioni cliniche al suo utilizzo e la metodologia delle "procedure" che ne sorreggono il funzionamento.

Brevemente riportiamo alcune definizioni e descrizioni circa il ruolo svolto dal gruppo nella cura della dipendenza:

"L'elemento comune della terapia di gruppo è il riconoscimento del *potere curativo della relazione con gli altri*" (Galanter), attraverso un "ripristino dei vincoli sociali che comincia con la scoperta di non essere soli" (Herman).

La psicoterapia di gruppo è "il *trattamento di elezione* per produrre un cambiamento del carattere... perché in un setting di gruppo il prezzo delle difese del carattere viene chiarito e conflittualizzato in modo tale da rendere i medesimi tratti, ego distonici e quindi disponibili all'interpretazione al cambiamento" (Alonso).

Il potere dei gruppi sarebbe di "*respingere le predominanti pressioni culturali a bere*, di fornire un *sostegno efficace* a coloro i quali soffrono dell'alienazione della dipendenza, di offrire modelli di ruolo e di sfruttare il potere dei pari, una forza importante contro i processi di negazione e resistenza" (Matano e Yalom).

Stinchfield, Owen, Winters ribadiscono che il gruppo è lo *strumento elettivo* per gli abusatori di sostanze, perché "si tratta di pazienti difficili e il gruppo aiuta ad evitare la negazione del paziente circa l'abuso di sostanze" (Festini).

Carraro e Lotti dividono *i gruppi con i tossicodipendenti in 4 categorie*:

- gruppi tendenti al solo controllo comportamentale (*cognitivo-educativi*);
- gruppi tendenti alla responsabilizzazione rispetto all'uso delle sostanze (*di auto-aiuto*);
- gruppi tendenti al trattamento del disturbo psichico sottostante (*psicoterapeutici*);
- gruppi familiari.

Berne propone una classificazione delle terapie di gruppo lungo una scala con un polo "analitico" (Schilder) ed uno "repressivo-istituzionale" (Alcolisti Anonimi), in mezzo si collocano i cognitivi comportamentali e gli psicoeducativi (vedi tav. 1).

A conclusione concordiamo con Festini che nota che: "le ricerche in questo campo non sono risolutive per vari motivi.

* *Psichiatra, Responsabile Servizio Alcologia, Dipartimento Dipendenze, ASL Milano 1, sede di Limbiate.*

** *Assistente sociale, Servizio di Alcologia, Dipartimento Dipendenze, ASL Milano 1, sede di Limbiate.*

Tav. 1 - Tipologia dei gruppi (E. Berne)

Polo Analitico

Psicoanalitico psicodinamico →

"La dipendenza è una soluzione al problema della vulnerabilità psicologica, cioè difetti del funzionamento dell'Io nelle aree della regolazione degli affetti, della cura del sé, dei rapporti con gli altri e dell'autostima" (Khantzian E.J.)

Cognitivo comportamentale →

"La dipendenza è un comportamento appreso che viene rafforzato da elementi contingenti quali gli effetti piacevoli prodotti dalle sostanze" (McAuliffe e Ch'ien)

Psicoeducativo

Polo Repressivo-Istituzionale

Gruppo di auto-aiuto (A.A.)

Accanto alla psicoterapia di gruppo sono spesso presenti altri trattamenti e non è facile stabilire quale di essi ha determinato il miglioramento.

Infine, il concetto di "astinenza" è troppo semplicistico poiché non include un confronto pre trattamento - post trattamento circa l'uso della sostanza".

Per quanto riguarda lo specifico della nostra esperienza, difficilmente il gruppo costituisce il solo presidio terapeutico riabilitativo offerto al paziente alcologico, almeno nel primo anno di trattamento.

Il trattamento di gruppo in Alcologia

È utile procedere a delineare i limiti teorici, clinici e istituzionali entro cui si collocano i trattamenti di gruppo in alcologia, le metodologie e le caratteristiche che ne definiscono l'assetto e l'etica.

In questo contesto ci riferiamo esclusivamente al *gruppo in alcologia*, campo per cui possiamo offrire qualche esperienza clinica e riflessione teorica.

Queste considerazioni non sono del tutto estendibili alla tossicodipendenza, la cui terapia presenta caratteristiche parzialmente diversificate rispetto alla alcodipendenza, mentre l'area di coincidenza per struttura e indicazioni cliniche è quella dei poliabusatori e della doppia diagnosi.

Il *trattamento di gruppo istituzionale* nei servizi alcologici è una metodologia che in Lombardia ha assunto uno sviluppo abbastanza specifico e proprio.

Gli assunti di base e la logica terapeutica, in origine derivati dalla impostazione Hudoliniana e dalla metodologia dei CAT, hanno subito modificazioni e sono state adattate progressivamente alle caratteristiche e al mandato istituzionale dei servizi alcologici.

È stata evitata la commistione tra pubblico e privato sociale, garan-

tendo una netta separazione di ambiti, competenze e logiche di intervento, pur mantenendo stretti rapporti di collaborazione.

Trattamento è: "Maniera di accogliere". Il trattare è "Discutere, discorrere" ma anche "fare oggetto di un dato comportamento, accogliere, ospitare" con, all'estremo limite, "curare". Infatti che tale trattamento diventi anche terapia non è implicito né conseguente.

Utile strumento di lettura di ciò che accade nelle transazioni relazionali del gruppo, è la classificazione di Berne che si basa sullo "stato dell'IO del terapeuta" (G/A/B).

Nel trattamento di gruppo in alcolologia l'operatore, si trova spesso a spostarsi in modo dinamico da uno "stato" all'altro (Genitore, Adulto, Bambino).

Infatti, anche se le caratteristiche dell'operatore (professionalità, formazione, stile personale), il mandato istituzionale e gli obiettivi del gruppo improntano di base la posizione del conduttore, le particolari dinamiche della dipendenza non permettono il mantenimento di un ruolo fisso se non in una fase molto avanzata dei gruppi terapeutici.

Il Contratto

Il contratto è stipulato non solo tra il paziente e l'operatore, cioè con colui che soggettivamente conduce il trattamento, ma anche con l'Istituzione che egli rappresenta.

Il contratto ha, quale assunto di base, l'astinenza dalle sostanze (qualunque esse siano), che nello stesso tempo è un obiettivo e una condizione preliminare per l'ingresso nel gruppo.

Il riconoscere il proprio essere dipendente, quindi l'accettare la proposizione "sono un alcolista" e "l'alcol è per me un problema". L'accettare la necessità di un controllo "esterno" affidato al familiare, al gruppo e all'operatore e/o al farmaco.

L'Etica del gruppo

È opportuno sottolineare che di etica e non di ideologia si tratta. L'etica è "un insieme di norme di condotta pubbliche e private...". Quindi l'etica riguarda la legge e le regole, quindi è il simbolico, al di fuori della connotazione morale del bene e del male. Mentre l'ideologia concerne le idee e i principi che stanno alla base di un sistema e quindi l'immaginario.

I gruppi terapeutici basano la loro etica sui seguenti assunti espressi.

La condotta alcolica si basa e produce una patologia dell'intero sistema familiare e affettivo relazionale del soggetto e quindi il processo di riassetto cognitivo relazionale deve coinvolgere tutti i membri del gruppo, in maniera diretta o indiretta;

L'uso di sostanze è una modalità disfunzionale e regressiva di affrontare e risolvere le problematiche del soggetto (intra e inter soggettive) e di conseguire una soddisfazione pulsionale.

Ogni alcolista deve assumersi la responsabilità della propria guarigione e il "sapere" fa la differenza tra l'essere soggetto ad una malattia da cui si è affetti e l'essere il soggetto del proprio desiderio e della propria guarigione.

I Casi Sociali

In almeno il 20% dei casi esiste anche una prescrizione da parte di istituzioni esterne (affidi, T.M., servizi sociali comunali) che si somma e consolida la funzione di garante della cura e della legge dell'operatore del servizio alcolologico.

La formalizzazione di questo mandato di controllo è fondamentale per permettere l'accesso alla cura e la sua prosecuzione in una fascia di utenza che altrimenti non avrebbe motivazioni, limiti e risorse per sostenere l'impatto del cambiamento affettivo relazionale e comportamentale-cognitivo che la terapia della dipendenza alcolica propone.

Nella nostra esperienza il gruppo dei casi sociali ha un assetto di sostegno e il conduttore del gruppo, prevalentemente un'assistente sociale, una posizione "Genitore" secondo Berne.

In questi gruppi elementi utili al rinforzo sono la "prescrizione" ed il "controllo", determinati dai soggetti istituzionali esterni al servizio, cioè il T.M., il Comune, il CSSA.

La prescrizione alla cura non corrisponde alla prescrizione alla frequenza al gruppo. Tuttavia prevedere, nel contratto di gruppo, la possibilità di portare "dentro" e "fuori" i dati di realtà oggettivi, consente almeno due operazioni: la rielaborazione delle regole, imposte o acquisite, e la modificazione del proprio comportamento.

Il lavoro di gruppo consente quindi un percorso ricostitutivo del senso di appartenenza e un riconoscersi in un ruolo sociale, genitoriale e familiare in genere.

Tav. 2 - Elementi teorico tecnici che definiscono i gruppi istituzionali alcolici e tipologie di gruppi utilizzate nei servizi di alcolologia

Il trattamento di gruppo in alcolologia

Definizione: Trattamento di gruppo contrattuale

Mandato istituzionale: Cura, assistenza e controllo sociale

Tipologia:

- A. Trattamento di Sostegno
- B. Trattamento psicoeducativo
 - tipo 1: informativo/crisi
 - tipo 2: riabilit./psicodin.
- C. Trattamento psicoterapeutico
 - familiare/coppie
 - individuale

Assetti: (riferiti alle tipologie A-B-C)

- A. Gruppo multifamiliare condotto da un operatore socio-sanitario (infermiere, educatore, assistente sociale)
- B. Tipo 1: Gruppo multi familiare condotto da un operatore socio sanitario o da un terapeuta (medico/psicologo)
 - Tipo 2: Gruppo individuale condotto da un operatore sanitario
- C. Gruppo terapeutico condotto da uno psicoterapeuta (psicologo/psichiatra)

Tecniche e metodologie

- 1. Cognitivo-comportamentali
- 2. Educativo-relazionali
- 3. Psicomotorie e bioenergetiche
- 4. Psicoanalitiche (interpretative ed emozionali)

Setting

Composizione

Gruppi multifamiliari/coppie

Gruppi individuali da 5 a 10 utenti

Durata della seduta

Da un'ora e mezza a due ore/settimanali

Durata del trattamento

In media 2 anni

I gruppi multifamiliari

Si possono configurare come gruppi di sostegno, psico educativi e psicoterapeutici.

Il gruppo psicoeducativo multifamiliare (tipo 1) è utilizzato nelle prime fasi del trattamento, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, ed ha come finalità l'informazione, la identificazione del problema, la motivazione alla cura e la gestione delle strategie comportamentali e relazionali atte ad affrontare le problematiche psicologiche e fisiche connesse all'astensione dalla sostanza.

In questa fase spesso sono utilizzate tecniche psicoterapeutiche specifiche per avviare i processi di crisi degli assetti relazionali familiari patogenetici.

Il gruppo di sostegno è utilizzato come trattamento di mantenimento e gli utenti vengono inseriti nella seconda fase della cura. Le sue finalità sono l'avvio ed il sostegno ai processi di cambiamento di ruolo, sia familiare che sociale, e al riassetto relazio-

nale ed emotivo-affettivo che la sospensione del potus produce nel soggetto e nei suoi famigliari.

Il conduttore è attivo, direttivo ed empatico, favorisce lo stabilirsi di relazioni sociali tra i membri del gruppo, interviene aiutando la chiarificazione dei processi relazionali e la consapevolezza del soggetto.

Nella prima fase, che in genere dura circa un anno la sua posizione è prevalentemente G (Genitore), successivamente a seconda della maturità del gruppo e del consolidarsi dell'astinenza, può spostarsi su posizioni A (Adulto).

In questo tipo di gruppo il rischio da una parte è il cristallizzarsi della posizione centrale e supportiva del conduttore, che non permette una reale autonomizzazione dei membri, dall'altro l'avvitarsi attorno al gioco "gruppo di discussione", in cui ogni volta si "fa finta di..." senza mai affrontare realmente i nodi della relazione.

Il gruppo terapeutico è condotto da un operatore con formazione psicoterapeutica e, pur disegnato dallo stile specifico alla formazione del conduttore, si può definire in base agli obiettivi e alle caratteristiche dell'utenza, poiché raramente un terapeuta istituzionale utilizza una sola strategia e un solo strumento nella gestione del gruppo.

L'utenza è mista, sia coppie, in generale marito moglie, ma anche fratelli, raramente genitore figlio, sia singoli, che non possono avere o per cui non si è ritenuta opportuna la presenza di un congiunto.

L'inserimento in questo tipo di gruppo è motivato dall'identificazione di situazioni conflittuali intra o interpersonali o da relazioni di codipendenza tali da richiedere una competenza psicoterapica specifica.

Naturalmente nella nostra utenza si tratta di un'evenienza piuttosto frequente, quindi l'osservazione dell'utente e della sua famiglia nel gruppo psicoeducativo multifamigliare, nella prima fase del processo di cura, permette di valutare la modalità con cui le capacità relazionali e le problematiche psicologiche si esprimono nel contesto gruppale e procedere ad un invio mirato.

Sia il gruppo di sostegno che quello terapeutico multifamigliare devono tenere conto di due fattori che sostengono e nello stesso tempo "viciano" il contratto terapeutico, la prescrizione dell'astinenza che diventa controllo diretto e attivo per la presenza del familiare e gli effetti prodotti da questa stessa che introducono limiti e ambiti privilegiati di comunicazione e di "verità".

Quasi sempre nella prima fase, che può durare settimane o mesi, il soggetto non "vuole" ma "deve" smettere di bere e il successo in questa impresa viene accettato "come se" fosse un reale cambiamento.

In questa fase il ruolo del conduttore è centrale e attivo e passa dalla funzione di facilitatore a quella educativo riparativa, permettendo al gruppo di costruirsi una identità collettiva e quindi un senso dello stare insieme attraverso un "lessico famigliare".

Ogni membro del gruppo vi deposita la sua storia e il lavoro in gruppo è un continuo costruirla e riconnetterne i significanti.

Alla fine la storia di ognuno diventa la storia del gruppo, nello stesso tempo un dare senso al passato ma anche un dirsi in divenire.

In una fase matura il posto del conduttore è molto più decentrato ma più attento a impedire il riavvolgersi su se stessa della comunicazione che la consuetudine rischia di fare diventare scontata, ricreando nel contesto gruppale la stessa mascherata sociale, dietro cui si è soliti nascondersi e negarsi.

Il fallimento di questo smascheramento è facilmente "messo in scena" dal soggetto con passaggi all'atto, ricadute o recrudescenze psicopatologiche o peggio malattie somatiche.

Quando l'agito avviene nella scena del gruppo il conduttore può, attraverso tecniche di drammatizzazione o più semplicemente di ascolto "maieutico", aiutare il soggetto e i membri del gruppo ad accettare di saperne qualcosa del desiderio che nell'azione si gioca e si "maschera".

I limiti di un gruppo multifamigliare di alcolisti in trattamento sono già contenuti nel mandato istituzionale e nella stessa domanda del soggetto.

Questo significa che la cura deve permettere alla persona di trovare altre strategie psico comportamentali che non siano quelle disfunzionali del bere o dell'abuso di sostanze in genere e deve dargli strumenti e risorse per trovare il suo "sistema di benessere", affettivo, emozionale, sociale, fisico e mentale, e cercare di mantenerlo il più in equilibrio possibile.

Quando qualche paziente comincia a formulare domande di psicoterapia o di ascolto individuale o quando si realizza che la coabitazione di gruppo col partner non ha per entrambi alcun senso evolutivo ma è solo una forma di controllo o di importazione di altre dinamiche di coppia che non si districano, è meglio un invio del soggetto in psicoterapia o in un gruppo "individuale" psicoterapeutico.

Tuttavia spesso accade che "fisiologicamente" uno del due partner si eclissi e lasci la scena all'altro.

In ogni caso se anche la metodologia non deve diventare ideologia e chi cura non può avere un sapere preordinato da "linee guida" (di qualsiasi forma e colore), ma deve lavorare con la dinamica del discorso dell'altro e la logica del desiderio, è necessario aggiungere che qualsiasi intervento e scelta tecnico operativa va fatta sulla base di un sistema di riferimento teorico clinico che ne giustifichi e sorregga il senso.

Sono attivati anche *gruppi psicoterapeutici individuali*, in cui partecipa l'utente da solo.

Le caratteristiche, gli obiettivi e le strategie terapeutiche di questi gruppi devono essere inquadrati nel contesto più ampio della diagnosi di struttura della dipendenza.

Infatti la presenza sempre più consistente di giovani adulti o adolescenti attempati, spesso polidipendenti (attuali o ex) e che spesso presentano cosiddetti "disturbi di personalità", ancora inseriti nel contesto della famiglia d'origine o del tutto isolati socialmente, ha reso necessario sperimentare un lavoro di gruppo che comprendesse tre elementi di non semplice gestione:

- il controllo e il mantenimento dell'astinenza, quindi una *funzione prescrittiva e G (secondo Berne)* del terapeuta;
 - la sperimentazione di vissuti emozionali, la comprensione di assetti caratteriali e di modalità comportamentali disfunzionali, lo sviluppo della capacità di sentire ed accettare il proprio corpo (nella sua accezione immaginaria e reale) e quindi di imparare a rispettarlo e a prendersene cura senza delegare ciò a funzioni esterne più o meno materne e oblativo.
- Quindi una *funzione A* del terapeuta, che conduce verso uno sviluppo della consapevolezza del soggetto e della sua capacità espressiva ed elaborativa psico affettiva;
- la gestione e la chiarificazione degli aspetti della rete relazionale (parentale e dei pari) che sostengono e producono i comportamenti di abuso e dipendenza.

Lo stile del terapeuta in questi gruppi quindi va dal direttivo/motivazionale allo "analitico", in senso lato.

Infatti si effettua prevalentemente un lavoro di ascolto e chiarificazione più che di interpretazione, di facilitazione nella presa di contatto con emozioni e sensazioni più che di scatenamento "psicodrammatico".

Naturalmente il livello di approfondimento e di coinvolgimento dipende grandemente da fattori di specificità quali l'assetto del gruppo, setting, obiettivi e tempi stabiliti, formazione del terapeuta, che, come dicevamo prima, nel servizio pubblico non è né univoca né preordinabile.

Il punto che tuttavia è importante sottolineare è la necessità di prevedere un tipo di trattamento specifico per i soggetti con diagnosi prima riferita.

Si tratta di soggetti che difficilmente mantengono una compliance soddisfacente al trattamento, con drop out precoci e che spesso instaurano fenomeni di revolving door con la psichiatria o i servizi per le tossicodipendenze.

Il trattamento di gruppo va modulato allo scopo di integrare i vari settori di problematicità del soggetto, cioè la relazionalità, l'affettività, l'autonomia, l'espressività e il rapporto con il corpo.

Nella nostra esperienza i risultati più significativi, in termini sia di compliance che di inserimento sociale e di compenso psicopatologico (che nel nostro metodo esclude generalmente l'uso di terapia psicofarmacologica), è stato ottenuto con il trattamento intensivo psico socio riabilitativo semiresidenziale (nell'ambito del Centro Diurno) e con il gruppo "dei pari", sia psicoterapeutici, come descritto sopra, sia psicoeducativi.

Indicatori di successo

Abbiamo sintetizzato di seguito (tavola 3) i principali indicatori di successo di un trattamento alcolologico, che in genere non consiste solo nel trattamento di gruppo e quindi non ci sembra né corretto né attendibile attribuire solo a quest'ultimo i risultati complessivi della terapia. ✎

Tav. 3 - Indicatori di successo

Oggettivi

- Mantenimento astinenza
- Contenimento durata della ricaduta (> 2 g)
- Compliance al trattamento
- Aumento delle attività lavorative e degli scambi sociali

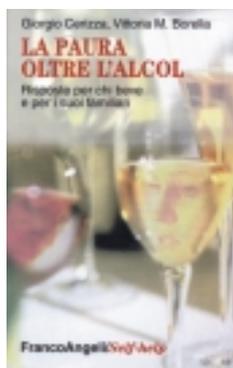
Soggettivi

- Aumento capacità di esprimere e gestire emozioni
- Aumento capacità di condividere e affrontare le frustrazioni
- Capacità di (ri)assumere il ruolo sociale e famigliare negato o delegato attraverso la condotta alcolica

Bibliografia

- Berne E., *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio 1986.
 Galanter M., Kleber H.D., *Il trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson 1998.
 Festini W., *La psicologia dinamica dei gruppi clinici*, Borla 1998.
 Khantzian E.J., The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence, *Am. J Psychiatry*, 142: 1259-1264, 1985.

RECENSIONI



**Giorgio Cerizza,
Vittoria M. Borella**

La paura oltre l'alcol Risposte per chi beve e per i suoi familiari

Collana Self-help
pp. 160, € 14,00 - cod. 1411.25 (V)

Io bevo molto: sono alcolista?
 Perché mia moglie si ubriaca?
 Mia sorella è malata oppure viziosa?
 Come devo trattare mio marito quando è ubriaco?
 Anche la birra fa diventare alcolisti noi giovani?
 Quanto e come bevono i giovani?
 Questo è un libro fatto di domande e di risposte. Libro scritto a quattro mani dove le domande sono fatte da una "Lei" che ha assistito e condiviso la disperazione e i momenti bui di un familiare alcolista. Le risposte vengono da uno specialista, un alcolologo, il cui lavoro è avere tutti i giorni a che fare

con alcolisti e loro parenti per aiutarli a uscire dal loro inferno personale. Il dialogo, arricchito dall'esposizione di casi, segue le persone in tutte le possibili situazioni di vita, siano esse alcolisti, familiari o amici. Questo dialogo diventa presto l'espressione di un percorso di vita fatto insieme, tra chi presenta "bisogni" e chi fornisce "risposte". Ed è un percorso nella solitudine dell'uomo che, a volte, può peggiorare se favorita da atteggiamenti inconsapevolmente ipocriti che cercheremo di individuare.

Il libro tenta inoltre di essere anche un viaggio coraggioso nella sofferenza, cercando di descriverla ed interpretarla senza remore né tabù. Inoltre vuole anche essere una traccia per chi desidera creare un rapporto "intenso" tra paziente e terapeuta.

L'alcolista, il suo familiare, la persona che viene a contatto con questo tipo di problema, nella ricchezza delle situazioni trattate troveranno senz'altro più di una risposta anche ai loro "perché?".

Giorgio Cerizza, medico specialista in psichiatria e psicoterapeuta, è responsabile della Sezione Ospedaliera di Riabilitazione per Alcolodipendenti del Presidio di Rivolta D'Adda, della Azienda Ospedaliera di Crema. Recentemente ha pubblicato *Alcol, quando il limite diventa risorsa* (Angeli, 1998) e *Il profilo professionale dell'Alcolologo* (Angeli, 1999).

Vittoria Maria Borella, laureata in scienze politiche, Ph.D in economia e diritto del lavoro, Master Degree in psicologia, è specializzata in tecniche di comunicazione (analisi transazionale e programmazione neurolinguistica). Ha pubblicato: *Comunicare, persuadere, convincere. Come ottenere dagli altri quello che si vuole con le tecniche di programmazione neurolinguistica* (Angeli, 1997) e *Il rapporto medico-paziente. Tecniche e suggerimenti pratici per un buon rapporto con i propri pazienti* (Angeli, 1999).



**Cristina Cerbini,
Carla Biagianni,
Mauro Travaglini,
Paolo Eduardo Dimauro
(a cura di)**

Alcolologia oggi Nuove tendenze tra clinica ed ecologia

Collana Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti d'abuso/
Quaderni, diretta da Alfio Lucchini
pp. 144, € 13,00, cod. 231.1.9 (V)

Alla tradizionale modalità di assunzione dell'alcol come "semplice accompagnamento alimentare", sembra oggi accostarsi un nuovo stile di consumo: l'alcol, assunto in modo sempre più compulsivo, è concepito come strumento di "sballo" e connesso ad un'idea di divertimento "oltre il limite". Le nuove modalità d'uso richiedono nuove riflessioni, utili ad individuare gli interventi più adeguati; alla luce di una tale modificazione culturale infatti si impone per gli operatori del settore un aggiornamento del sapere e del saper fare.

E questo è ciò che il volume si propone di fornire. Curato dal Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo, il testo raccoglie gli interventi dei numerosi esperti italiani che hanno partecipato come relatori al workshop in Alcolologia recentemente organizzato ad Arezzo. Durante il seminario sono stati affrontati aspetti epidemiologici, psico-sociali e genetico-clinici e sono state evidenziate le eventuali correlazioni con altri tipi di comportamenti a rischio, come il gioco d'azzardo.

Per integrare la proposta teorica, vengono presentate nell'ultima parte del testo alcune esperienze pratiche effettuate in ambito alcolologico che, per la loro valenza, rappresentano esempi particolarmente interessanti anche a livello nazionale.

Cristina Cerbini, psicologa, è borsista presso il CeDoSTAr (Centro di Documentazione del Ser.T. di Arezzo). Partecipa a vari progetti di ambito alcolologico.

Carla Biagianni, sociologa, è responsabile dell'Ufficio socio-epidemiologico del Ser.T. di Arezzo.

Mauro Travaglini è terapeuta della riabilitazione, ha un'esperienza pluriennale all'interno dell'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi.

Paolo Eduardo Dimauro è direttore del Dipartimento Dipendenze della ASL 8 di Arezzo. Autore di numerose pubblicazioni nel settore, anche a carattere monografico, è considerato un esperto a livello nazionale in campo alcolologico.

Esperienza pilota nel paziente tossicodipendente con infezione da virus C, un protocollo integrato psico/farmacologico.

Drug-user e.v. ed infezione da virus C. Un binomio scindibile

Giuliano Milazzo, Maria Maugeri**

Oltre l'80% dei tossicodipendenti con uso parenterale di oppiacei, con età d'abuso fra i 3 e i 5 anni, è affetto da un'infezione cronica da virus C e questa influenzerà negativamente sia la sopravvivenza, che la qualità di vita del paziente.

Il paziente subirà anche altre ricadute come la prosecuzione della catena del contagio e assisteremo alla crescita esponenziale della spesa sanitaria (epatiti acute, cirrosi epatiche, cancro cirrosi e trapianti).

Una esperienza positiva preliminare di trattamento con interferone e ribavirina in due pazienti tossicodipendenti, drug-free rispettivamente da 12 e 18 settimane, che assumevano metadone e che avevano ricevuto per tutto il periodo della terapia antivirale un supporto psicologico settimanale, ci ha fatto maturare il convincimento che l'intervento psicologico possa migliorare la compliance al trattamento antivirale e contemporaneamente potenziare la motivazione al cambiamento.

Per tale motivo abbiamo elaborato ed attuato per i nostri pazienti anti HCV positivi, replicanti e con danno istologico alla biopsia da lieve a severo (Ishak, Journal of Hepatology 1995; 22: 696-699) un protocollo che oltre ai canonici criteri di inclusione ed esclusione (allargati anche ai pazienti in trattamento con farmaci sostitutivi e drug-free da almeno 3 mesi) prevede prima dell'inizio del trattamento antivirale, per ogni singolo paziente una valutazione psicologica e un'accurata informazione sul trattamento antivirale con sottoscrizione di un consenso dedicato.

L'intervento psicologico è così strutturato:

- nella fase di pre-trattamento: colloquio motivazionale al trattamento, assessment psicologico con l'utilizzo di colloqui, CBA (batteria di tests ad ampio spettro), somministrazione POMS (questionario sintomatologico autovalutativo per il monitoraggio delle alterazioni del tono dell'umore);

- nella fase di trattamento: colloqui psicologici settimanali, somministrazione settimanale POMS, psicoterapia (quando necessaria).

I farmaci utilizzati sono stati l'interferone α 2b ricombinante e la ribavirina.

Il dosaggio d'interferone α 2b ricombinante è stato di 3.000.000 UI die s.c, sostituito con il pegilato, al dosaggio di 80 mcg ogni 7 giorni dal marzo 2001; la dose di ribavirina giornaliera, è stata di 5 cpr da 200 mg per un peso corporeo sino a 75 kg, di 6 cpr per un peso superiore.

Il trattamento nei pazienti con risposta virologica favorevole (HCV RNA negativo a 4 mesi) è durato 24 settimane per i pazienti con genotipo 3 e 48 settimane per i pazienti con altro genotipo.

Le valutazioni umorali per il follow-up della terapia sono state eseguite a 2 settimane (emocromo, AST/ALT, uricemia), quindi ogni 4 settimane.

Alla 16^a settimana è stata eseguita la ricerca dell'HCV RNA qualitativo.

Al termine della terapia sono state monitorate mensilmente le AST/ALT, a 6 mesi l'HCV RNA.

Il paracetamolo, alla dose di 1 gr ogni 12 ore, è stato utilizzato per minimizzare gli effetti collaterali acuti.

Azienda USL 6 di Palermo, Ser.T. di Bagheria.

** Dir. Medico di Medicina Interna, Specialista in Gastroenterologia.*

*** Dir. Psicologa, Psicoterapeuta.*

Risultati

Dal giugno 1999 al giugno 2001, conclusione dell'arruolamento, sono stati valutati 51 pazienti, sono stati inseriti in trattamento 49 pazienti, 3 donne e 46 maschi, età media 31,5 (range 19/54), con età media dell'abuso di oppiacei di 5,2 anni (range 8 mesi-18 anni); 10 assumevano metadone cloridrato, 9 buprenorfina s.b.l., 14 erano presso comunità terapeutiche, 15 erano liberi da qualsiasi trattamento (comunitario o farmacologico).

Tutti erano HCV RNA positivi, 10 con una carica virale bassa, 14 alta con la metodica del Bdna-Bayer Diagnostics; 12 con una carica virale bassa e 13 alta con la metodica AmpliCor HCV Monitor - Roche Diagnostics.

Trentuno soggetti avevano un genotipo 3a, 13 un genotipo 1, 4 un genotipo 2, 1 un genotipo misto.

Tutti hanno eseguito agobiopsia epatica ecomirata con ago di Menghini modificato; l'esame istologico è stato letto da un medico anatomopatologo e refertato secondo i criteri di Ishak.

Due pazienti, dopo lo screening preliminare (fase di pretrattamento), non sono stati inseriti in trattamento perché a forte rischio di condotta suicidaria.

Trentuno pazienti hanno ad oggi completato il trattamento con un follow-up medio di 7 mesi.

Ventidue pazienti avevano normalizzato le transaminasi già alla 4^a settimana di trattamento; tutti, tranne 4 avevano transaminasi normali alla 14^a settimana; 3 hanno mostrato precoce relapse alla sospensione del trattamento; di questi 1 era genotipo 3a, con ALT di 2,5 volte la norma e HCV RNA a bassa replicazione; 2 erano genotipo 1a con ALT elevate (4-6 volte la norma) e HCV RNA ad intensa replicazione.

Tre pazienti hanno sospeso il trattamento rispettivamente alla 6^a, alla 8^a ed alla 20^a settimana, perché alla valutazione psicologica presentavano rischiose alterazioni del tono dell'umore con sintomatologia ansioso-depressiva e conseguente comportamento disturbato.

In 11 pazienti è stato necessario ridurre il dosaggio di Interferone per leucopenia (G.B. a 2 controlli successivi tra 2.800 e 2.300 mmc); 8 hanno ridotto il dosaggio di Ribavirina a 800 mg die per riduzione dell'Hb di oltre 4 gr.

Il disturbo soggettivo più frequente è stato la febbre, soprattutto nel primo mese di trattamento e mai del tutto eradicata dal Paracetamolo.

Altri sintomi come l'astenia, l'inappetenza, il dimagrimento, la riduzione di peso, la dispepsia, la riduzione della libido, le alterazioni del tono dell'umore, sono stati ben contenuti dal counseling medico-psicologico settimanale e non sono stati mai causa di sospensione del trattamento.

Conclusioni

Questa nostra esperienza, ancorché preliminare, suggerisce la necessità di una rivisitazione dei criteri d'inclusione dei soggetti tossicodipendenti nei protocolli terapeutici per il trattamento dell'epatite C e mostra la rilevanza di un protocollo integrato psico-farmacologico.

In particolare dovranno essere riconsiderati i tempi di astensione dagli oppiacei (drug-free) e la contemporanea assunzione di farmaci sostitutivi.

Precedenti (Parigi 1999) ed attuali linee guida (Bethesda 2002) precludono, infatti, la possibilità di un trattamento antivirale ai tossicodipendenti infetti da virus C se non dopo il raggiungimento di una stabile sospensione dell'uso di oppiacei (1 anno) ed in assenza di farmaci sostitutivi.

Tali indicazioni, apparentemente logiche o ragionevoli, in realtà peccano di supporto scientifico e sembrano solo dettate da un'insufficiente conoscenza del problema tossicodipendenza.

Fattori prognostici di risposta favorevoli quali: il genotipo (60-70% 3a), l'età dell'infezione (media 5,2 anni), la giovane età (media 31,5 anni) non possono essere sottopesati, ancor più se il principale obiettivo è l'interruzione della catena del contagio e che oltre il 70% dei tossicodipendenti si infetta con un genotipo 3a e quindi l'ipotizzata reinfezione (da dimostrare nell'uomo) con un virus diverso (altro genotipo) è poco probabile ed in ogni caso si andrà sempre riducendo, soprattutto se saranno superati i preconcetti nei confronti di questi pazienti.

Tutto ciò dovrà nei prossimi anni essere supportato da studi clinici controllati, pur tuttavia questa nostra esperienza preliminare, apre un ampio fronte popolato da giovani pazienti, già affetti da una patologia cronica, qual'è la tossicodipendenza e che ha buone possibilità di esitarne una seconda, la cirrosi epatica.

Ed infine ci sembra rilevante il ruolo dello psicologo, infatti, nel particolare momento in cui il soggetto tossicodipendente decide di occuparsi della propria salute, l'intervento psicologico assume una grande rilevanza poiché, oltre ad aumentare la compliance al trattamento, potenzia anche la motivazione al cambiamento, stimola nel soggetto una riconsiderazione della propria vita passata, presente, futura, ed il desiderio di occuparsi delle parti disfunzionali del sé, così modificando le condotte disadattive ed autolesive. ✍

Bibliografia

- Pontisso P., Ruvoletto M.G., Nicoletti M. *et al.*, Distribution of the three major hepatitis C virus genotypes in Italy. A multicenter study of 495 patients with chronic hepatitis C, *J Viral Hepat*, 2: 33-38, 1995.
- Zobair M. Younossi, Mendel E. Singer, John G. McHutchison, Kenneth M. Sherman, Cost Effectiveness of Interferon α 2b Combined With Ribavirin for the Treatment of Chronic Hepatitis C, Department of Gastroenterology and L.H. Page Center for Health Outcomes Research, The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, OH; ³Department of Epidemiology and Biostatistics, Institute for Public Health Sciences, *Hepatology*, March 2000, Volume 31, Number 3.
- Hilsabeck R.C., Peny W., Hassanein T.I., Neuropsychological impairment in patients with chronic hepatitis C, *Hepatology*, 2002 Feb; 35(2): 440-6.
- Poynard T., McHutchison J., Goodman Z., Ling A.H., Albrecht J. for the ALGOVIR Project Group, Is an "A la carte" combination interferon alfa-2b plus ribavirin regimen possible for the first line treatment in patients with chronic hepatitis C?, *Hepatology*, 2000; 31: 211-218.
- James L. Boyer M.D., Deborah E., Collyar-Laurie D., DeLeve M.D. Ph.D., Alfredo Alberti M.D., Bruce R. Bacon M.D., Adrian M., Di Bisceglie M.D., John G. McHutchison M.D., National Institutes of health consensus development conference statement, *Management of Hepatitis C*, 2002 June 10-12, 2002.
- Edlin B.R., Seal K.H., Lorrwick J., Kral A.H., Ciccarone D.H., Moore L.D., Lo B., Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users?, *N Engl J Med*, 2001; 345: 211-4.
- Mita E., Hayahi N., Hagiwara H. *et al.*, Predicting interferon therapy efficacy from hepatitis C virus genotype and RNA titer, *Dig Dis Sci*, 1994; 39: 977-82.
- Dalgard O., Bjoro K., Hellum K., Myrvang B., Skaug K., Gutigard B., Bell H.; *The Construct Group*, Treatment of chronic hepatitis C in injecting drug users: 5 years' follow-up.

RECENSIONE

T.rattamento R.iabilitativo I.ntegrato

A cura di Ezio Manzato, Direttore Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 - Legnago (VR) - Ospedale di Zevio (VR). Con la collaborazione di: Roberto Sassi e Carlo Savino Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 2 - Legnago (VR) - Ospedale di Zevio (VR). Con la supervisione scientifica di Mauro Cibir, Direttore Dipartimento per le Dipendenze Az. ULSS 13 - Dolo Mirano (VE). Realizzazione con il contributo del Laboratorio Farmaceutico CT S.r.l. Sanremo (IM).

L'opuscolo, i cui contenuti sono anche rappresentati in un manifesto, sarà inserito nel prossimo numero della rivista "Mission". Nell'opuscolo è sinteticamente descritto il trattamento alcolologico che costituisce il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.).

Nella I parte vengono descritti gli aspetti fondamentali dell'alcolodipendenza:

- eziologia multifattoriale;
- sistema della gratificazione;
- craving;
- processo della ricaduta.

Lo sviluppo e il mantenimento dell'alcolodipendenza, che si configura come un disturbo multidimensionale e sistemico, sono determinati in modo complesso da fattori genetici e neurobiologici, psichici e relazionali, sociali e culturali. La base neurobiologica dell'alcolodipendenza è determinata dalla disregolazione del Sistema Mesolimbocorticale della Gratificazione che, secondo la teoria della "Gratificazione a Cascata", è costituito da diversi sistemi neurotrasmettitoriali che interagiscono a cascata. Il risultato finale di questa cascata è l'aumento della dopamina nel Nucleo

Accumbens. Il craving, che è il risultato del processo di adattamento delle Strutture Cerebrali del Sistema della Gratificazione alla ripetuta assunzione dell'alcol, ha un significato importante nel processo della ricaduta, costituito da correlati neurobiologici e psicologici.

Nella II parte vengono descritti gli aspetti organizzativi del trattamento alcolologico:

- sistema delle dipendenze (Dipartimento);
- trattamento costituito da 4 fasi di intervento;
- terapia farmacologica della sindrome di astinenza;
- terapia farmacologica della prevenzione della ricaduta e della comorbidità psichiatrica;
- strategie del programma psicosociale integrato;
- risultati attesi.

L'accoglienza è sviluppata mediante un protocollo diagnostico specifico clinico e con strumenti. Il programma intensivo e di disintossicazione è sviluppato con interventi coordinati presso il day hospital (ambulatorio integrato) del Servizio. Il trattamento per la prevenzione della ricaduta e per la comorbidità psichiatrica è sviluppato mediante un programma a medio e lungo termine farmacologico, psicoterapeutico e socioriabilitativo in coordinamento con il Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle Dipendenze. Il follow up è sviluppato mediante un protocollo specifico a tempi prestabiliti.

La terapia farmacologica per la prevenzione della ricaduta prevede l'utilizzo di farmaci specifici per la dipendenza e farmaci psichiatrici, mediante le fasi d' induzione, mantenimento e sospensione.

L'opuscolo, frutto dell'esperienza dell'autore e delle riflessioni recenti in tema di "alcolodipendenza e del suo trattamento riabilitativo", vuole presentare un modello di approccio al trattamento dell'alcolodipendenza basato sulle recenti acquisizioni scientifiche individuando le strategie d' intervento praticabili all'interno dell'organizzazione di un Dipartimento per le Dipendenze.

Direttivo nazionale a Grosseto il 12 aprile 2003

Sabato 12 aprile 2003 a Grosseto presso la sede nazionale di FeDerSerD in viale Europa alle ore 13 si è riunito il Consiglio Direttivo Nazionale.

Ricco l'ordine del giorno, plenaria la platea.

Il Presidente Coacci illustra le ultime iniziative di FeDerSerD, in particolare la situazione nelle varie Regioni, i numerosi incontri istituzionali, il progetto alta integrazione con FICT e CNCA, le ulteriori proposte di collaborazione formulate dal privato sociale, i rapporti con SITD.

Il Direttivo valorizza il grosso impegno della Presidenza e della Segreteria Esecutiva in questi mesi.

Segue ampia discussione, che mette in rilievo alcune priorità: la necessità di sviluppare la dimensione tecnico professionale nella Federazione, ad esempio vengono proposte tematiche quali la doppia diagnosi e il focus sui trattamenti sostitutivi; la valorizzazione dei gruppi di lavoro; l'attenzione ad una dimensione strategico politica con la messa a fuoco di punti fermi ed elementi di coerenza; la necessità di coordinamento delle azioni logistiche nei territori.

Ampia la discussione sulle linee della Federazione per gli incontri istituzionali ed associativi a livello nazionale: cornici di riferimento sono la applicazione delle due Intese Stato Regioni del 1999; la certificazione di dipendenza come funzione pubblica, la direzione pubblica del dipartimento delle dipendenze, il trattamento sostitutivo per chi ne ha necessità secondo la medicina basata sulle evidenze, l'attenzione alla marginalità.

Centrale è realizzare strumenti di aiuto, supporto, consultazione, come pilastri dei vari provvedimenti legislativi regionali.

Il Direttivo decide, considerata la vastità dei compiti e delle incombenze per la Federazione, di approvare una segreteria operativa composta da Presidente, Vicepresidente, Segretario



esecutivo e tre membri del direttivo (a rotazione ogni sei mesi).

Il Presidente formalizzerà la proposta. Per incontri e delegazioni specifiche la Presidenza si riserva di indicare nomi di delegati.

Si decide un Gruppo di lavoro operativo per le elaborazioni documentali di base della Federazione (D'Egidio coordinatore, Fea, D'Orsi, Pentiricci, Faillace).

Alle ore 17 relazionano al direttivo i Componenti del Collegio Sindacale, Anna Maria Armao (Presidente), Giovanni Checcacci e Elisabetta Renga (Sindaci effettivi).

Esaminato il verbale della riunione del Collegio Sindacale, la relazione del Collegio al bilancio di esercizio 2002, il bilancio consuntivo della gestione 2002 (conto economico e situazione patrimoniale), il Direttivo approva alla unanimità il bilancio consuntivo 2002, che presenta un avanzo di € 3.611,62.

Il Direttivo sottoscrive altresì la relazione per la Assemblea annuale, alla unanimità.

Il Direttivo esamina il bilancio preventivo 2003 e lo approva alla unanimità.

Il Direttivo, dopo ampia discussione, dà mandato al segretario esecutivo di valutare la possibilità di un contratto con la EXPOPOINT, con una definizione più avanzata dei patti.

Per le modifiche dello Statuto, dopo un esame approfondito del documento predisposto dalla commissione ad hoc nominata, presentato da D'Orsi e Serio, si inviano gli atti alla Assemblea.

Viene discussa la proposta di nomina di nuovi componenti del Consiglio Direttivo Nazionale per l'Assemblea: approvate le candidature di Raffaele Lovaste - Trentino Alto Adige e di Donato Donnoli - Basilicata.

Il collega Alessandro Libianchi viene cooptato nel Gruppo di lavoro nazionale Carcere.

Relazione dell'incontro con la SITD Piemonte (Torino 28 Marzo 2003) a cura della delegazione (Coacci, Fea, Lucchini): il direttivo approva le linee di collaborazione definite; viene nominata la delegazione (Coacci, Leonardi e Fea) per l'incontro con la delegazione nazionale SITD previsto per il 2 maggio in Versilia.

Antonio d'Amore relaziona sull'iniziativa prevista a Caserta in settembre: approvata.

Ezio Manzato sull'iniziativa prevista ad Abano Terme in ottobre: approvata. Claudio Leonardi è delegato allo sviluppo delle procedure organizzative per la costruzione delle linee guida nazionali sulla buprenorfina.

Viene convocata l'Assemblea nazionale a Montecatini mercoledì 21 maggio.

Alle ore 20.00 la seduta è tolta. ✍

Assemblea FeDerSerD a Montecatini, mercoledì 21 maggio 2003

Si è riunita a Montecatini l'Assemblea nazionale di FeDerSerD.

Sono stati sottoposti alla valutazione dei numerosi soci presenti i provvedimenti predisposti ed approvati dal direttivo nazionale.

La Commissione Speciale per lo Statuto, a suo tempo costituita, ha proposto alcune modifiche statutarie (relatore Maurizio D'Orsi).

In particolare sono state approvate all'unanimità le modifiche all'articolo n. 4 (comma 4.2), all'articolo 13 (primo comma), art. 13 (lettera M), all'articolo 18. Il significato fondamentale di queste modifiche attiene all'aumento delle funzioni delle Federazioni Regionali e al loro assetto, e a una maggiore attenzione alle funzioni del Comitato Etico Scientifico nazionale allargato ai livelli regionali.

Approvato il regolamento delle Federazioni regionali, che viene pubblicato in altra parte del giornale.

Autorizzata la costituzione della Federazione Abruzzo e Molise.

L'Assemblea ha approvato unanimemente il bilancio consuntivo 2002, che presenta un utile di esercizio, e il bilancio preventivo 2003.

I soci hanno sottolineato negli interventi la solidità economica della Federazione.

È stato allargato il direttivo nazionale con le nomine unanimi di Raffaele Lovaste, Regione Trentino Alto Adige e Donato Donnoli, Regione Basilicata.

Approvate le linee politiche generali della Federazione nei rapporti con CNCA e FICT, e lo sviluppo della collaborazione con SITD.

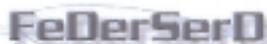
Approvate le linee generali dei programmi scientifici dei Convegni di Caserta, Abano Terme e Faenza., che si svolgeranno nel secondo semestre 2003.

L'Assemblea verrà convocata a Caserta il 19 settembre 2003.

NOTIZIE IN BREVE

Corso di formazione "Dall'approccio farmacologico al processo educativo-riabilitativo"

Si è tenuto a Civitavecchia il 27 giugno 2003, promosso da FeDerSerD, Associazione "Il Ponte" di Civitavecchia, FICT e Azienda ASL RMF il Corso di Formazione Interdisciplinare "Dall'approccio farmacologico al processo educativo-riabilitativo". Alla presenza di diversi rappresentanti del settore pubblico e del privato sociale è emersa l'esigenza comune di sviluppare un'azione congiunta per superare definitivamente quegli ostacoli che ancora dividono le due realtà operative nel settore della dipendenza da sostanze nell'ambito della Regione Lazio. A tale proposito è stata costituita una specifica commissione.



Sede legale: Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alessandro Coacci (Presidente),
Bernardo Grande (Vicepresidente),
Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),
Luciana Bacci (Tesoriere),
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Guido Faillace,
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste,
Ezio Manzato, Norberto Pentiricci,
Eduardo Polidori, Giorgio Rebolini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

Bernardo Grande (coordinatore),
Gilberto Gerra, Vincenzo Marino,
Roberto Calabria, Clara Baldassarre,
Antonio Mosti, Pier Paolo Pani

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 45,00 per i laureati e a € 25,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 311883 intestato a FeDerSerD presso Credito Cooperativo di Grosseto - Banca della Maremma - Agenzia n. 1 di Grosseto - Via Unione Sovietica 42 - 58100 Grosseto ABI 8636 CAB 14301
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

Alla scheda di iscrizione il richiedente dovrà allegare il proprio "Curriculum Vitae" datato e firmato. Il Presidente procederà al rilascio della Tessera, che darà testimonianza dell'accoglimento dell'istanza di iscrizione all'associazione in qualità di Socio Ordinario.

ANNO 2003 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ REGIONE _____
 PROFESSIONE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL _____
Chiedo: di essere iscritto in qualità di "Socio Ordinario" alla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
 _____ li ____ / ____ / 2003 Firma _____
 Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)
 Estremi ricevuta versamento _____
 Parere del Segretario Esecutivo Favorevole Sfavorevole Firma _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____