



Il sistema di intervento per le Dipendenze: percorsi di integrazione e realtà dei Servizi

Pubblichiamo il forte richiamo del presidente nazionale e alcuni passi della relazione introduttiva del segretario esecutivo nazionale della Federazione al Convegno tematico nazionale di Milano "Le forme della Integrazione" tenutosi al Centro Congressi di Milanofiori l'8 e 9 marzo.

Apprendo i lavori di questo nostro convegno, che vede oltre 500 partecipanti, dedicato ad un tema, le forme di integrazione, per il quale FeDerSerD si è particolarmente spesa negli ultimi anni diventandone la più convinta ed impegnata sostenitrice, desidero ringraziare tutti voi che avete accettato l'invito, le autorità presenti ed in particolare i relatori e quanti porteranno il loro contributo al dibattito che siamo certi risponderà completamente alle nostre attese.

Lo spirito che anima l'iniziativa di oggi è quello di definire le linee progettuali e di intervento sui molti problemi che ancor oggi attendono risposte nel settore delle dipendenze.

Ma pensiamo che in questa sede si debba andare oltre il momento della discussione per rivendicare le condizioni che sono necessarie alla concretizzazione dei percorsi e degli obiettivi che in questi ultimi anni tutti insieme abbiamo chiaramente individuato.

L'integrazione di tutti gli attori impegnati nella esperienza in atto, delle cui forme ci occuperemo nei prossimi due giorni, rappresenta l'ambito nel quale si unificano, sia le tematiche aperte, sia le professionalità presenti, sia le conoscenze scientifiche, consentendoci di aggredire le varie forme di dipendenza con il massimo degli strumenti di contrasto disponibili.

Si tratta quindi di affrontare tematiche particolarmente attuali e stimolanti, che però richiederebbero una diversa sensibilità politica a tutti i livelli istituzionali rispetto a quella che ha generato la situazione presente nel nostro paese, che è per noi fonte di serie preoccupazioni.

EDITORIALI

Il sistema di intervento per le
Dipendenze: percorsi di integrazione
e realtà dei Servizi
Alessandro Coacci, Alfio Lucchini 1

CONTRIBUTI SCIENTIFICI IL TEMA: MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SER.T.

L'esperienza del Dipartimento delle
Dipendenze di Trieste
Roberta Balestra 6

L'esperienza del Ser.T. di Pescara
Pietro Fausto D'Egidio 9

DOCUMENTI

Non incarcerate il nostro crescere 13

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

"Hormone - doping" e rischio
dipendenza
Donato Donnoli 18

Tabagismo e cute
*A. De Siena, G. Falvo, F.M. Larussa,
F. Anastasio* 20

La complessità nel trattamento
riabilitativo della comorbilità
psichiatrica associata
all'alcoldipendenza
*E. Manzato, R. Sassi, S. Faustini,
C. Biasini, G. Cifelli* 22

Valutazione dell'efficacia del
trattamento a mantenimento con
metadone
*C. D'Ambra, N. Caso, A. Apicella,
A. Ciaramella, A. Pizzirusso* 32

Metadone e inserimenti
terapeutico-lavorativi
*Francesco Lamanna, Rossana Saviano,
Stefano Scuotto, Maura Tedici* 36

Premi Molteni per la tossicodipendenza 39

LEGISLAZIONE

Il gioco d'azzardo patologico:
un contributo sugli aspetti legali
Antonio Nettuno, Aldo Latina, Fabio Tucci 41

LETTERE 44

RECENSIONI 20, 30, 39

NOTIZIE IN BREVE 17, 52

FeDerSerD/FORMAZIONE

Convegno di Bari, 25 e 26 giugno 46

Formazione breve ECM 2004 FeDerSerD 47

Health Care Executive Master 47

Secondo Congresso Nazionale,
Firenze 17-20 ottobre 2004 48

DALLE REGIONI

Primo Congresso FeDerSerD Campania 47

Federazione Lombarda di FeDerSerD 51

ORGANIZZAZIONE

Presentazioni pubbliche 50

Direttivo nazionale di Montecatini
del 25 marzo 2004 52

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO III, 2004 - N. 9

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 31 marzo 2004

Edizione fuori commercio
Tiratura: 5.500 copie



EDITORIALI

Stiamo assistendo ormai da tempo ad una mancanza di coordinamento fra lo Stato e le Regioni, e contemporaneamente ad una eccessiva diversificazione delle politiche regionali del settore e addirittura alla esistenza di aree geografiche nelle quali si registra una inammissibile inadeguatezza dei poteri regionali, che lascia spazio ad una vera e propria latitanza da parte dei direttori generali meno lungimiranti.

Tutto ciò impedisce l'esistenza di un quadro generale di riferimento e di obiettivi unificanti a livello nazionale, che sono invece le condizioni per la massima produttività delle risorse disponibili.

Con questo non intendiamo disconoscere le necessarie autonomie regionali, promosse dalla costituzione repubblicana, ma vogliamo sottolineare l'esigenza di un ruolo più incisivo della Conferenza Stato-Regioni, che attualmente soffre per la presenza di visioni ideologiche contrastanti, attraverso la valorizzazione delle evidenze scientifiche e dei risultati raggiunti nella esperienza concreta.

Ma tutto ciò non è sufficiente a garantire il miglior funzionamento dei nostri servizi se contemporaneamente non vengono assegnate adeguate risorse al settore.

Non ci nascondiamo le difficoltà derivanti dal fatto che in Italia si spende molto meno nella Sanità che negli altri Paesi della Comunità Europea. All'interno di queste ridotte disponibilità ai nostri Dipartimenti toccano le briciole: da un nominale 1,5% del budget aziendale mediamente non arriviamo all'1%.

Non vogliamo pensare che tutto questo sia frutto di un disegno consapevolmente perseguito che, in un quadro generale di carenza di finanziamenti, intende privilegiare le più tradizionali e consolidate discipline sanitarie, scontando con questo l'abbandono dei nostri pazienti a se stessi.

Perché nel senso comune è molto più pagante investire in altri settori della medicina, che a torto continuano ad essere considerati il principale metro di giudizio dell'efficienza ed efficacia dell'intero sistema, più di quanto lo possano essere i servizi che istituzionalmente devono farsi carico dei problemi derivanti dalle varie forme di disagio sociale.

Così continuando è del tutto evidente che in breve tempo i nostri Ser.T. verranno ridotti esclusivamente alla distribuzione di farmaci.

Ma queste difficoltà non devono per noi tradursi in rassegnazione: ma al contrario devono stimolarci nel raggiungimento delle politiche che sono indispensabili e al continuo miglioramento delle nostre capacità scientifiche e professionali.

Sotto questo aspetto:

- è *indispensabile* una qualificazione del management aziendale a cominciare dai direttori generali che in larga parte si stanno dimostrando dei manager improvvisati troppo condizionati dal pareggio del bilancio;
- è *indispensabile* uniformare a livello nazionale i criteri di accreditamento sia riguardo i Ser.T. sia riguardo le strutture convenzionate;
- è *indispensabile* uniformare le rette per le Comunità terapeutiche accreditate;
- è *indispensabile* determinare criteri di valutazione dell'efficacia degli interventi sia del pubblico che del privato sociale;
- è *indispensabile* concretizzare il percorso da noi definito di alta integrazione tra i più autorevoli protagonisti accreditati del settore.

Ed infine

- è *indispensabile* rafforzare il Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga per riequilibrare la situazione generale.

E potrei continuare chissà quanto, poiché l'elenco delle cose indispensabili è lunghissimo.

Ma preferisco fermarmi qui per non insistere nella denuncia e soprattutto per concludere questa mia breve introduzione invitando tutti voi a porre la massima attenzione, sia pure nel contesto generale dei problemi aperti, alle "forme della integrazione" che possono e devono rappresentare quel vero cambiamento tanto atteso che ci consentirà, nel giusto rapporto fra il pubblico e privato sociale accreditato di aprire nuove vie più attuali di intervento nell'esclusivo interesse dei nostri assistiti. ✍

Alessandro Coacci
Presidente FeDerSerD

FeDerSerD è entrata il suo terzo anno di vita. Dal 17 al 20 ottobre, al Palazzo dei Congressi di Firenze, celebrerà questo momento con il suo secondo Congresso nazionale, sul tema della innovazione nel settore delle dipendenze.

Dopo eventi generali e specialistici, momenti formativi e di approfondimento, abbiamo pensato fosse venuto il tempo di riflettere su alcuni elementi di base del nostro operare.

Ma quale è il quadro della evoluzione dell'intervento sulle dipendenze nel nostro Paese.

Se prendiamo in considerazione l'andamento dal 1990, anno di promulgazione del TU 309, ad oggi, ormai quasi 15 anni, notiamo:

- il raddoppio degli utenti nei Ser.T., arrivati a 160.000;
- la stabilizzazione degli utenti in strutture riabilitative, attorno a 18.000;
- lo sviluppo lento ma significativo di servizi per l'alcologia;
- una presenza puntuale di 17.000 tossicodipendenti nelle strutture carcerarie;
- il passaggio di oltre 350.000 giovani nei percorsi amministrativi prefettizi, con un dato puntuale che si attesta sui 30.000 segnalati annui.

Insomma, in 14 anni, possiamo valutare che 700.000 persone sono venute a contatto con qualche percorso legato a strutture per le dipendenze.

I cambiamenti rilevabili nell'utenza nello stesso periodo possono essere riassunti in:

- una diminuzione del 10% degli utenti con utilizzo di eroina come sostanza primaria;
- un aumento del 10% degli utenti con utilizzo di cannabinoidi o cocaina come sostanza primaria;
- negli ultimi anni in particolare la cocaina è la sostanza primaria e secondaria in aumento significativo tra gli utenti Ser.T.

Altre evidenze sono:

- l'attenzione maggiore al tema della comorbilità psichiatrica, da tempo conosciuto, da poco valorizzato;
- il policonsumo come elemento cardine nella nuova utenza;
- il dato che il 40% degli utenti dei Ser.T. è in trattamento con farmaci sostitutivi.

A fronte di questi elementi, che richiamano la necessità di una specializzazione e differenziazione dei Servizi e dell'intervento, le forze in campo, almeno dal 2000, sono in diminuzione. Se nominalmente i Ser.T. sono 550, non più di 400 possono fregiarsi del nome che portano, nel senso di servizi di base e specialistici con equipe medico psico socio educative. Uno ogni 150.000 abitanti.

Non voglio proseguire in questa elencazione citando le difficoltà del privato sociale, sono presenti al congresso i massimi esponenti di FICT e CNCA, che daranno il loro contributo nelle sessioni di lavoro e in plenaria.

Voglio solo affermare che diversa deve essere la consapevolezza dello Stato e delle Regioni per una vera lotta alla droga. Siamo quindi partiti da queste premesse, valorizzando la realtà delle nostre dodici commissioni tematiche nazionali e abbiamo scelto alcuni argomenti/contenitori per cercare linee di consenso da proporre al mondo degli operatori e alle istituzioni.

Sei temi scelti: gravità e intensità assistenziale, con attenzione ai percorsi diagnostici e terapeutici (un nuovo tipo di lettura basato sui percorsi individuali dei nostri pazienti e sugli interventi più utili); sanzioni amministrative e percorsi educativi, anche alla luce delle proposte legislative; terapie non

convenzionali (con il punto sulle legislazioni regionali e nazionale); stili di consumo, buone pratiche di intervento, sulla capacità di differenziare l'intervento dei servizi pubblici e privati; il Dipartimento delle Dipendenze e i modelli organizzativi; carcere e recupero. Si tratta di temi che rappresentano importanti settori storici o in sviluppo del nostro intervento. Anche se non sono tutti, ovviamente.

Temi di attualità, che verranno affrontati partendo da alcuni elementi di riflessione predefiniti con il lavoro preparatorio di questi mesi e via via arricchiti da contributi interni ed esterni a FeDerSerD.

Non mancheranno di riflessioni più ampie, che partiranno dalla analisi della realtà in movimento del consumo e abuso di sostanze in Italia e non solo e dalla necessità di fare ricerca nei nostri Servizi.

Il termine consensus, che vogliamo utilizzare, è coraggioso per l'obiettivo di queste giornate, ma abbiamo voluto lasciarlo per significare una tendenza, una necessità, nel nostro operare.

Ci è sembrato venuto il momento di fermarci a pensare ed elaborare insieme, di aprire nuovi spazi scientifici anche grazie al nostro sito internet (www.federserd.it) e le nostre attività editoriali, e cito il periodico Mission, anche con importanti innovazioni, come lo sviluppo della formazione ECM a distanza.

Non poteva essere estranea a questa riflessione la collaborazione con FICT e CNCA, oltre che con le nostre Associazioni e Società legate da patti federativi operativi.

Non le cito, sono oltre una decina, italiane e internazionali, e sono presenti con i loro dirigenti: rappresentano lo sforzo di conoscere, avvicinare ambiti diversi ma uniti dall'interesse sui fenomeni sanitari e sociali, che a FeDerSerD molto interessano.

Tornando ai temi critici, noi parliamo di sistema di intervento sulle dipendenze, parliamo di integrazione pubblico-privato. Tutta la nostra azione in questi anni, e prima le nostre storie professionali, pur partendo dalla forte connotazione di appostamento e rappresentanza del settore pubblico, dei Ser.T., dei servizi alcologici, si è concentrata ad affermare la possibilità di un continuum di interventi tra pubblico e privato accreditato nell'interesse della salute dei nostri pazienti.

Un sistema quindi, riassunto da uno slogan che è realtà, il Progetto di Alta Integrazione, per cui non può esserci competizione, non può esserci alternativa tra Ser.T. e Comunità, ma il focus è solo come rispondere a bisogni nelle varie fasi di severità di malattia, di vita, delle persone.

Una unione, su basi tecniche e scientifiche, quella con CNCA e FICT, di chi c'è, di chi ha tenuto insieme anche dal punto di vista della azione sociale, oltre che della accoglienza e della cura, il senso dell'agire contro le droghe. Una unione tra soggetti con opinioni diverse. Una unione che troverà senso se quanto discusso e siglato avrà articolazione e sbocco operativo negli ambiti applicativi territoriali.

Si è già avuta occasione in altri nostri congressi di analizzare il documento noto come "Il dipartimento delle dipendenze" redatto sei mesi fa.

Credo che su punti importanti quali la certificazione dello stato di dipendenza o il ruolo regolatorio e valutativo del dipartimento, per noi elementi essenziali dell'agire pubblico, questo consesso potrà dare ulteriori elementi di avanzamento tecnico.

E voglio subito ricordare una scelta che FeDerSerD ha fatto: collaborare con il Commissario di Governo per le politiche

antidroga e il suo staff dipartimentale. È una collaborazione basata sulla serietà e volontà di conoscere e affrontare i problemi del settore.

Questi sforzi unitari vanno avanti in un contesto istituzionale e generale non certo favorevole. Il nostro settore, piccolo ma sempre al centro dei venti politici e dell'interesse sociale, ne è prova.

Un termine mutuato dal dibattito politico è stato anche da noi usato: il "declino del sistema", in questo caso del sistema pubblico di intervento, ma forse non solo di questo.

Lo Stato come entità centrale fatica a definire una linea di indirizzo nel settore della lotta alla droga.

Grande è la preoccupazione, ed anzi evidente è il fatto che la garanzia di salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza, tanto decantati, non esiste, se non evocando alchimie ragionieristiche; altrettanto evidente è il fatto che i modelli di intervento sul territorio nazionale siano sempre meno omogenei e comprensibili rispetto all'obiettivo, ad esempio di cura.

L'abbiamo segnalato alle varie Regioni, abbiamo avuto la possibilità di parlarne con tanti assessori e manager regionali e politici nazionali, continueremo a farlo: *la nostra Federazione si pone come metodo di lavoro il dialogo e la negoziazione continua, per quanto di competenza, con le Istituzioni.*

È anche per questo che FeDerSerD vuole e deve prendere parte ai momenti di discussione, analisi e se necessario protesta le più partecipate possibili, quali l'adesione al Cartello promosso da tantissime sigle e dal CNCA di critica a nuove proposte di legge e allo sciopero dei dirigenti per la salvaguardia dell'agire clinico, come quello in corso anche in questi due giorni.

FeDerSerD non può permettersi di stare zitta, non può permettersi di lanciare sassi e ritirare la mano, non può vivere guardandosi allo specchio: ha chiari referenti e obiettivi, che sono il lavoro degli operatori delle varie professioni e lo sguardo alla realtà dei fenomeni di disagio.

Noi operatori non nascondiamo, e l'abbiamo detto ad Abano nell'ottobre scorso durante il congresso sul tema della doppia diagnosi, le nostre insufficienze. Insufficienze di operatori che faticano ad agire a 360 gradi, dalla prevenzione, alla clinica, al reinserimento sociale, in favore dei pazienti. Operatori che denunciano una crescente difficoltà nel comprendere le strategie aziendali; operatori che possono soffrire senz'altro di momenti di sconforto o di burn out quando vedono la riduzione "scientifica" delle risorse umane e strumentali teorizzata e praticata, mentre i pazienti aumentano e presentano situazioni personali e cliniche sempre più complesse.

Possiamo essere molto flessibili nel nostro operare, ma a tutto c'è un limite!

Eppure dobbiamo avere il dovere e l'umiltà di andare avanti, di aggiornarci, di studiare, di agire eticamente ogni giorno.

E mi soffermo su questo punto: agire eticamente e secondo scienza e coscienza in una giungla di norme contraddittorie non è facile, porta con sé rischi anche legali, come molti di noi sanno, ma è l'unica bussola che deve guidarci. Siamo dipendenti dello Stato impegnati in compiti di sanità pubblica.

Dobbiamo essere orgogliosi di operare nei Ser.T.!

Smettiamola di sottovalutare le esperienze e le realtà lavorative nelle quali siamo cresciuti. Pensare ad esempio che è sempre "in altro luogo" che bisogna implementare attività innovative o comprendere i nuovi bisogni: non è forse più opportuno entrare nella rete territoriale rendendosi conto che la nostra esperienza e le nostre realtà lavorative sono le basi esistenti per costruire qualcosa nell'interesse degli utenti, anche dei consumatori?

Ci sarà modo in questi giorni di approfondire anche questo. In questo contesto di operatori e con le autorevoli presenze istituzionali, non posso non accennare alla situazione lombarda, dopo l'approvazione del progetto dipendenze quasi un anno fa, a recepimento delle intese Stato-Regioni del 1999. Atto importante e non privo tecnicamente di importanti passaggi e possibili sviluppi.

Siamo quasi alla prima verifica, prevista ad un anno dalla approvazione della dgr: e visto che non appaiono all'orizzonte folle di privati anelanti di aprire Ser.T., visto che il privato competente conosce la realtà del lavoro con i tossicodipendenti e la complessità in termini di risorse, competenze e strumenti di tale impresa, ci auguriamo che la Regione Lombardia capisca, lo ripeto ancora, che Ser.T. e Comunità non sono in concorrenza, ma sono un sistema coordinato di accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione dei cittadini con problemi di abuso e dipendenza.

Si accetti la particolarità del nostro impegno: non ce la siamo inventata noi, è la materia che è difficile, ve lo assicuriamo!! Siamo favorevoli a sperimentare gestioni miste di servizi ambulatoriali e residenziali, ma in premessa si smetta di scherzare considerando elementi organizzativi quali il Dipartimento alla stregua di una sigla vuota o utilizzabile a piacere e secondo le necessità; lavoriamo per dare un servizio ai pazienti che lo chiedono e ne hanno diritto e per utilizzare il Dipartimento come strumento di programmazione e regolazione dell'intervento su un territorio. Certezza di budget, tetti di spesa definiti, costituzione e funzionamento degli organismi previsti dalle leggi regionali, costruzione del sistema di tariffazione, non vado avanti, ma tutto è da fare.

E ribadisco, in generale, un altro concetto: la richiesta comune, pubblico e privato, che abbiamo formulato di destinare l'1,5% dei bilanci sanitari regionali alla dipendenze, è veramente un obiettivo a cui tendere come sistema di intervento. Cari colleghi, noi dobbiamo fare questo, impegnarci ancora di più, perché abbiamo difficoltà superiori agli altri campi della scienza. Noi dobbiamo sempre tenere conto l'importanza per l'efficacia dell'intervento nel settore delle dipendenze patologiche del rapporto con le Istituzioni, con il vissuto dei familiari e dei pazienti, con il vissuto sociale della tossicodipendenza.

I processi esterni influiscono in modo decisivo sulla attività con il nostro paziente, nel nostro servizio.

È la stessa natura di malattia che viene messa in discussione e che gli stessi pazienti, oltre ai medici e agli operatori, come molte ricerche dimostrano, faticano a riconoscere.

I concetti che sto solo citando sono sviluppati in lavori in progress o già pubblicati su Mission, a cui rimando per ogni approfondimento teorico e bibliografico.

In particolare ringrazio i colleghi Maurizio Fea e Pietro Fausto D'Egidio per le idee che stanno tentando di socializzare.

Prendiamo ad esempio i risultati attesi di un trattamento per dipendenza da eroina: ebbene cambiano a seconda degli assunti di base dell'osservatore. Questi assunti concernono la essenza stessa della dipendenza, e vanno dal considerarla un vizio fino ad un disordine comportamentale o una malattia. Certo, noi sappiamo che tutte le conoscenze, ampiamente documentate nella letteratura scientifica, portano a considerare la dipendenza da sostanze come una malattia cronica recidivante. Migliaia di studi lo dimostrano!!

Che la dipendenza, comunque la si voglia considerare, rappresenti una condizione cronica nella maggior parte dei casi, è fenomenicamente evidente. Badate, è evidente agli stessi tossicomani, agli stessi familiari, ai dirigenti di Comunità che osservano i fenomeni.

Ma quando l'opinione pubblica considera i risultati dei trattamenti di altre condizioni croniche giunge per tutte ad altre valutazioni e considerazioni, diversamente da quando si riferisce ai trattamenti delle dipendenze.

Ma perché? Forse per paura o forse per superficialità? Perché usa il paradigma, opposto per natura, con cui si analizza la terapia di una malattia acuta?

È la rappresentazione sociale della tossicodipendenza che non accetta questa evidente condizione di "cronicità" per la dipendenza da tante sostanze illegali e legali.

Realisticamente i trattamenti di qualsivoglia natura non sono in grado di eliminare la "malattia tossicodipendenza" ma, nella maggior parte dei casi, sono in grado di ridurre il numero e la severità dei sintomi e migliorare la qualità di vita delle persone fintanto che esse rimangono in trattamento.

E molti dei problemi sociali maggiormente disturbanti e costosi sono direttamente riconducibili alla dipendenza da droghe.

Per tale motivo in parte l'opinione pubblica vede la dipendenza da droghe principalmente come un problema sociale che richiede interventi legislativi in termini di repressione piuttosto che come un problema di salute che richiede interventi di prevenzione e di trattamento.

Questo punto di vista è condiviso anche da molti medici e operatori sanitari che pertanto rifiutano di affrontare il problema della dipendenza da sostanze con i loro pazienti, ma anche da Sindaci, e da Direttori Generali delle ASL.

Gli obiettivi e i risultati dei programmi per i soggetti dipendenti per uso di sostanze verranno discussi e poi riportati in plenaria domani dall'apposito gruppo di consensus.

Così come gli elementi che consentono di raggiungere questi obiettivi in tutto o in parte.

Anche qui, la letteratura scientifica è guida consolidata.

Emerge una necessità ulteriore: valutare i risultati per validare la scientificità del nostro intervento e per costruire un rapporto significativo con le Istituzioni, in primis le Aziende Sanitarie Locali e le Regioni. E impostata una coerente attività di valutazione dei risultati, si deve cercare di avviare una analisi dei costi spesi per ottenere i risultati documentati.

Il costo economico per la società conseguente alla dipendenza da eroina ad esempio è enorme.

Affermare, come dicono gli studi, che l'accesso alle terapie farmacologiche specifiche riduce il rischio di morte di un dipendente da eroina di oltre 5 volte, o che, a fronte di una spesa di 25 miliardi di dollari negli USA per gli interventi repressivi (su una spesa complessiva di 35 miliardi, pari quindi ad oltre il 70% dell'investimento complessivo), nessuna ricerca sia riuscita a dimostrare che questo impegno abbia determinato una riduzione sostanziale dell'uso di droghe o dei danni ad esso correlati (quali la diffusione dell'AIDS, il crimine, la violenza, la corruzione), deve essere il pane su cui noi dobbiamo lavorare per discutere con la società.

Il cambiamento di scenario istituzionale a cui stiamo assistendo pone altri soggetti forti alla nostra attenzione: gli Enti Locali, e tra questi i Comuni singoli o associati.

Non è difficile notare che, al di là della stessa legge quadro 328 sul sociale, con le conseguenze in termini di redistribuzione di poteri e risorse, si sta parlando di incidenza sui percorsi individuali e sociali dei nostri pazienti, cioè di reinserimento e riabilitazione.

Senza addentrarmi nel tema della prevenzione, pure "governato" sempre più dagli Enti Locali, la capacità di interazione, individuale come professionisti e istituzionale come servizi, diventa essenziale.

La regionalizzazione del fondo nazionale antidroga, se da una parte si inserisce nel corretto processo di decentramento dei compiti programmatori e gestionali in campo socio-sanitario, dall'altra non può semplificarsi con un semplice apporto di risorse indistinte ai pur magri bilanci comunali.

Quando affermiamo la cultura della complessità nell'approccio al tema delle dipendenze, non ci limitiamo agli aspetti clinici, ma anche a quelli programmatori e di rete territoriale.

Giusta quindi la vibrata protesta della nostra Federazione della Campania per un provvedimento regionale che escludeva gli aventi diritto, come i Servizi delle ASL, dalla possibilità di progettare.

Nel rapporto con le istituzioni (ASL, Enti Locali, Regioni) i Cittadini, la Società nel suo insieme, noi dobbiamo portare le valutazioni dei risultati dei trattamenti della dipendenza da sostanze. Dobbiamo andare oltre la semplice attuazione di una buona pratica clinica, ovviamente fondamentale e centrale, e impegnare qualche risorsa personale e scientifica fuori dal nostro rassicurante cenacolo scientifico.

Ho ripetuto questa frase recentemente in un buon congresso scientifico a Cagliari: voleva e vuole essere uno stimolo, un aumento di senso al nostro agire.

Non si può realisticamente pensare infatti che la somma di una serie di "verità scientifiche" si trasformi quasi meccanicamente in conseguenti verifiche culturali o atti legislativi.

Il mondo politico deve avere le capacità di far incontrare le analisi e i risultati della ricerca scientifica con quelle che sono le rappresentazioni sociali legate all'argomento di cui si sta occupando. E deve leggere attentamente questa rappresentazione sociale. Certo, colpisce, fa male, assistere, anche in questi tempi, ad un uso strumentale e parziale della produzione scientifica.

E viviamo in un contesto di disinteresse di molte componenti preposte a fare cultura, in un settore, quello delle dipendenze, che è ulteriormente caratterizzato, come abbiamo visto, da una grande distanza tra le evidenze scientifiche e la rappresentazione sociale.

Per questo abbiamo proposto un ruolo di divulgazione scientifica per le società scientifiche e professionali di settore, per fare la loro parte incidendo nella modifica della rappresentazione sociale che è tanto ancorata ad archetipi e a paure.

La comunità scientifica internazionale ha acquisito una numerosa serie di conoscenze sulla dipendenza da sostanze e a partire da queste offre la possibilità di curare i tossicodipendenti in maniera seria, di fare quindi una medicina basata sulle evidenze.

Impegnamo energie e risorse nello sforzo di diffondere queste conoscenze.

Concludo tornando a FeDerSerD. La considerazione che la nostra Federazione monopolizzi la scena associativa e di presenza pubblica di settore talvolta affiora. Magari fosse così; magari fossero gli operatori ad essere visti e ascoltati! Ma la realtà è un'altra.

Dal punto di vista della ricerca scientifica e della metodologia applicata FeDerSerD, come gli altri attori del settore, ha molto da imparare e migliorare. Ma vi è una cosa rispetto a cui abbiamo poco da imparare e che dobbiamo tutelare sempre: operare per l'interesse collettivo e per una mission condivisa da chi è nel suo Ser.T., nella sua Regione, nella sua rete territoriale.

Questo è il senso di FeDerSerD e non credo sia poco. ✍

Alfio Lucchini

Segretario esecutivo FeDerSerD
Presidente del Convegno

Il coinvolgimento dei medici di medicina generale nei programmi di cura di soggetti con dipendenza da oppiacei

L'esperienza del Dipartimento delle Dipendenze di Trieste

*Roberta Balestra**

Premessa

Nel trattamento della dipendenza da oppiacei l'intervento farmacologico, in particolare con metadone, riveste grande importanza: affianca e si integra di necessità con gli altri interventi terapeutici nell'ambito di una presa in carico multidisciplinare, così come richiede la complessità della patologia e del disagio sofferto dalla persona.

A Trieste il Dipartimento delle Dipendenze ha avviato la sperimentazione di un lavoro di collaborazione con i medici di famiglia già nel 1994, valorizzando la presenza e la disponibilità di un piccolo gruppo di professionisti.

La fase sperimentale, che è stata avviata in modo pionieristico e del tutto volontario, è stata poi formalizzata in un progetto che ha avuto l'approvazione ed il finanziamento del fondo di Lotta alla Droga (DPR 309/90).

Tale fase si è ormai conclusa e l'attività è divenuta una prassi consolidata dei diversi attori coinvolti.

Cenni sulle ragioni dell'esperienza

L'esigenza e la possibilità di rinnovare le pratiche di servizio aprendo la collaborazione ai medici di famiglia è nata da alcune stimolanti contingenze:

1. Mutata cornice normativa e progressiva trasformazione della realtà locale territoriale e dei servizi.
2. Situazione del Servizio per la tossicodipendenza.
3. Presenza di un piccolo gruppo di Medici di Medicina Generale sensibili e disponibili ad affrontare il problema.

1. Mutata cornice normativa e progressiva trasformazione della realtà locale territoriale e dei servizi.

- Abrogazione da parte del referendum popolare del 1993 di alcuni articoli specifici del DPR 309/90, con conseguente possibilità dei Medici di Medicina Generale (MMG) di prescrivere il metadone, in ragione del loro ruolo e della loro funzione strategica nella rete dei servizi sanitari territoriali.
- Leggi e decreti di riforma sanitaria, che negli anni '90 hanno ridisegnato identità, finalità, funzionamento ed organizzazione della rete dei servizi sociosanitari: aziendalizzazione, valorizzazione e sviluppo della sanità territoriale e della medicina di comunità come alternativa all'ospedale, contenimento dei ricoveri e assistenza domiciliare, mandato strategico di regia dei Distretti sanitari, ruolo dei medici di famiglia, partecipazione dei cittadini, integrazione sociosanitaria, rapporto con l'Ente locale e compiti di tutela delle fasce di popolazione più deboli.
- Costituzione a Trieste di due Aziende sanitarie distinte, quella ospedaliera e quella territoriale, con finalità istituzionali diverse ed interconnesse.

Nel '96, partendo dalla considerazione che il mandato di una ASS non può essere quello di rappresentare una sorta di "supermercato della salute", che fornisce a richiesta prestazioni amministrative e di natura medica, è stato avviato un

processo di potenziamento dei Distretti e di sviluppo di un sistema di servizi territoriali forte.

La trasformazione è stata da una azienda vista come semplice somma di attività sanitarie distribuite sul territorio, ad un'azienda complessa ed articolata, che dichiara e si assume il compito istituzionale di promozione e tutela dello stato di salute e di benessere della propria comunità.

Dal '96 ad oggi si sono sviluppati 4 Distretti, ciascuno per un'area di circa 60.000 abitanti. Sono stati potenziati i già esistenti Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione.

- Istituzione nel '98 del Dipartimento delle Dipendenze (DDD) come struttura complessa e dotata di risorse autonome.

2. Situazione del Servizio per la tossicodipendenza.

È parsa di particolare rilevanza l'esigenza di caratterizzare il Servizio come polo specialistico di secondo livello, maggiormente impegnato ad intervenire su problematiche complesse, che richiedevano competenze specifiche e multidisciplinari, a realizzare interventi sociosanitari di tipo riabilitativo e di rete, immaginando di coinvolgere per gli interventi di primo livello e di maggiore semplicità altri soggetti sanitari del territorio (Distretti Sanitari e MMG).

Ciò come conseguenza di un progressivo incremento dell'utenza in carico, delle richieste e della complessità dei bisogni e dei problemi.

Era numericamente cresciuto il gruppo di soggetti in trattamento con metadone protratto con una situazione di benessere e di stabilità, inserito nel contesto sociale e lavorativo, che giustamente poneva richieste di affidamento della terapia, di percorsi di "normalizzazione", di situazioni di cura maggiormente differenziate e personalizzate.

Queste evidenze, unitamente alla partecipazione del Servizio al più ampio processo di sviluppo territoriale della neonata ASS, ha suggerito all'équipe alcuni spunti di modifica e di innovazione della propria programmazione ed organizzazione.

Si è ritenuta interessante l'ipotesi di lavorare per una trasformazione culturale e per sensibilizzare altri operatori sanitari sul tema delle dipendenze patologiche, con l'obiettivo di promuovere reali percorsi di autonomizzazione e responsabilizzazione dei soggetti tossicodipendenti, di favorire l'accesso alle cure in luoghi "normali".

Si è voluto dimostrare come i cambiamenti del contesto ambientale possano influenzare positivamente gli atteggiamenti e le aspettative, facilitando l'instaurarsi di una sorta di "circolo virtuoso", che motiva l'utente ad adottare, nel suo stesso interesse, comportamenti adeguati a situazioni e luoghi "normali" della città.

Tale riorganizzazione strategica permetteva inoltre di valorizzare le risorse a disposizione, spostando le ore-lavoro degli operatori del Servizio dalla gestione sempre più onerosa della terapia farmacologica su altri interventi terapeutici, al fine di ampliare le proposte di cura, personalizzare i programmi, gestire con più facilità la prescrizione e l'eventuale affidamento della terapia metadonica, garantire maggiore flessibilità alle persone con esigenze lavorative e familiari particolari.

3. Presenza di un piccolo gruppo di MMG sensibili e disponibili ad affrontare il problema.

A Trieste, dopo l'esito positivo del referendum popolare, un piccolo gruppo di 3-4 medici di famiglia si è reso disponibile a collaborare con il Servizio.

* *Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL Trieste, Referente regionale FeDerSerD.*

Con l'adesione di alcune farmacie, si è riusciti inizialmente a prendere in carico non più di 10 pazienti, individuati tra quelli più motivati e consapevoli dell'importanza e delle possibili ricadute della sperimentazione in atto.

Successivamente, forti dei primi risultati positivi, si è svolto un lavoro intenso di divulgazione e di sensibilizzazione dell'esperienza con gli Ordini professionali e con l'intero gruppo di 252 medici di medicina generale.

La maggior parte ha iniziato a prescrivere il metadone nel triennio '95-97, con l'avvio da parte del Ser.T. del progetto di sperimentazione del protocollo d'intervento integrato.

Tale protocollo ha valorizzato la figura del medico di famiglia, ha individuato delle modalità operative condivise, un percorso formativo congiunto, una procedura di valutazione concordata ed ha previsto un sistema di incentivazione economica per i professionisti collaboranti.

Nel corso degli anni l'attività presso gli ambulatori privati dei medici è stata implementata e si è arricchita in seguito all'apertura ed alla strutturazione di quattro ambulatori distrettuali, gestiti congiuntamente da operatori del Dipartimento, MMG associati, infermieri dei Distretti Sanitari.

Descrizione sintetica del progetto

Il progetto, formalizzato con propria delibera dall'ASS n. 1 Triestina a partire dal 1997, propone un sistema territoriale di intervento a rete che coinvolge i Medici di Medicina Generale nella cura e nella presa in carico del paziente tossicodipendente, nella prescrizione e somministrazione del farmaco sostitutivo (metadone) presso l'ambulatorio privato o presso gli ambulatori distrettuali, dislocati in diversi quartieri della città e gestiti da un gruppo associato di MMG coadiuvato da personale infermieristico del distretto sanitario. Due protocolli definiscono le caratteristiche e le condizioni della presa in carico dei pazienti tossicodipendenti ed i sistemi di valutazione e di incentivazione dei partecipanti al progetto, di formazione, aggiornamento e di supervisione da parte del DDD.

Destinatari del progetto

Sono circa 200 tossicodipendenti per anno, in carico al Dipartimento delle Dipendenze, che vengono seguiti dal proprio medico di famiglia in stretta collaborazione con gli operatori del DDD e con il coinvolgimento dei Distretti.

Si tratta per la gran parte di utenti inseriti nel contesto sociolavorativo, capaci di seguire con continuità il programma terapeutico formulato.

Le grandi aggregazioni di soggetti tossicodipendenti presso sedi sanitarie o sociali, come gli ambulatori del Dipartimento delle Dipendenze deputati alla somministrazione di metadone, inducono quasi sempre effetti "negativi", quali stigmatizzazione, maggiore visibilità e minore tutela della privacy, episodi di conflittualità e di violenza, possibilità di spaccio, che "disturbano" chi è in una fase avanzata del programma di cura ed è faticosamente impegnato ad intessere alternative di vita e di relazione. Ampliare il numero degli operatori competenti e delle sedi di cura consente di evitare queste aggregazioni, riduce le occasioni di conflittualità e disagio ed allo stesso tempo sviluppa percorsi di "normalizzazione" che facilitano il raggiungimento di obiettivi di salute. Viene rispettato il tempo da destinare alla relazione terapeutica e garantita una maggiore possibilità di personalizzazione dell'intervento; viene superata, quando possibile, la necessità di luoghi e procedure speciali che riconfermano l'identità di tossicodipendente e mantengono spesso i comportamenti negativi ad essa correlati.

La presa in carico del tossicodipendente gestita da personale non dipendente dal Dipartimento, in ambiti diversi dalle sedi tradizionali, disciplinata attraverso protocolli d'intesa e coordinata da parte del DDD, è risultata particolarmente efficace.

Soggetti istituzionali coinvolti

1. Dipartimento delle Dipendenze, con compiti di programmazione, supervisione, coordinamento ed aggiornamento professionale del personale coinvolto e di presa in carico dei pazienti tossicodipendenti.
2. Medici di Medicina Generale, con compiti di cura del paziente tossicodipendente, di prescrizione e monitoraggio del trattamento con metadone.
3. Unità Operativa di Medicina di base e specialistica dell'ASS n. 1 Triestina, con compiti di indirizzo e controllo.
4. Distretti Sanitari, con compiti di supporto generale e logistico, collaborazione ed assistenza infermieristica o specialistica.

Caratteristiche del progetto

Il finanziamento Fondo Droga è stato necessario per avviare e sviluppare nel tempo il progetto, per garantire il coordinamento da parte del DDD, l'incentivazione economica dei professionisti partecipanti, le iniziative di formazione personalizzate presso gli ambulatori e quelle di gruppo.

In mancanza di un forte coordinamento e di linee guida prestabilite, si sarebbe corso il rischio di una "deregulation" nel sistema, con scadimento di qualità e di competenza dell'intervento.

Due le articolazioni organizzative:

- a) cura del paziente tossicodipendente con prescrizione e monitoraggio del metadone presso l'ambulatorio del medico di medicina generale (numero medio di utenti consigliato 3-4 per medico, prescrizione settimanale del farmaco, controllo tossicologico delle urine presso l'ambulatorio del DDD o presso il Distretto);
- b) cura del paziente tossicodipendente con prescrizione e monitoraggio del metadone presso gli ambulatori dei Distretti sanitari, gestiti da 5 MMG associati per Distretto e da personale infermieristico distrettuale (massimo 20 utenti per ambulatorio, apertura 1 ora al giorno dal lunedì al venerdì, affidamento del farmaco per il fine settimana).

Due distinti protocolli d'intesa, definiscono le caratteristiche e le condizioni della presa in carico dei pazienti tossicodipendenti inseriti nel sistema, con particolari dettagli in riferimento al trattamento ed al monitoraggio del farmaco sostitutivo.

Vengono esplicitati, ad esempio, i criteri di selezione e le modalità d'invio dei pazienti, le situazioni che rimandano alla necessità di valutazioni congiunte della persona in trattamento, le modalità e gli obiettivi della comunicazione all'interno del sistema, l'obbligo di effettuare periodici esami tossicologici delle urine, la tipologia delle cartelle sanitarie, le modalità dell'affidamento del farmaco, l'aggiornamento professionale del personale coinvolto, le procedure ed i soggetti delegati per la valutazione e l'incentivazione quadrimestrale, le riunioni periodiche di coordinamento e supervisione.

Il paziente tossicodipendente seguito dal MMG è sempre preso in carico dal DDD per gli interventi che il medico di famiglia non può garantire: psicoterapia, assistenza sociale, interventi semiresidenziali o residenziali, programmi di formazione e di inserimento lavorativo, programmi alternativi alla detenzione, interventi con la famiglia, ecc.

La stretta collaborazione tra gli operatori e la flessibilità interna al sistema così organizzato consentono, quando necessario, il passaggio dell'utente da una modalità di trattamento all'altra, a seconda delle sue esigenze e della situazione clinica. In generale presso il Dipartimento vengono di preferenza seguiti i soggetti più critici, in fase iniziale del trattamento, in ricaduta, con sintomatologia psichiatrica o con disagio complesso.

Ogni 4 mesi si riunisce una commissione mista di valutazione e verifica dei trattamenti in atto, composta da un medico di famiglia per ogni ambito territoriale distrettuale e da un operatore del Dipartimento per ogni unità operativa territoriale, che valuta l'attività in corso e attribuisce, sulla base della aderenza ai criteri

definiti nei protocolli d'intesa, le incentivazioni stabilite dalla ASS al personale collaborante.

La valutazione si basa su schede, compilate dai medici di medicina generale per ogni singolo paziente in trattamento, ove vengono sintetizzate le voci individuate come indicatori significativi nei protocolli deliberati.

Due le tipologie di schede: una per l'articolazione organizzativa a) e una per quella b). Le incentivazioni sono mensili, di € 25,00 a paziente per la presa in carico ambulatoriale, di € 25,00 a giornata di presenza in Distretto.

Utenza seguita e risultati

Viene qui riportata l'utenza seguita dal 2000 ad oggi, distinta per articolazione operativa del progetto:

anno 2000, ambulatori privati: utenti totali 219 con 53 MMG
ambulatori distrettuali: utenti totali 76

anno 2001, ambulatori privati: utenti totali 173 con 38 MMG
ambulatori distrettuali: utenti totali 73

anno 2002, ambulatori privati: utenti totali 174 con 38 MMG
ambulatori distrettuali: utenti totali 74

anno 2003 (gennaio-agosto),
ambulatori privati: utenti totali 175 con 42 MMG
ambulatori distrettuali: utenti totali 56

Nel corso del singolo anno una sottopopolazione di utenti è comune alle due modalità di presa in carico, poiché passa da una all'altra per mutate condizioni cliniche o di vita.

Il numero di medici collaboranti si è stabilizzato nel corso degli ultimi anni ed ha raggiunto un tetto che non consente di accrescere di molto il numero di soggetti in carico.

Per cercare di ampliarlo bisognerebbe contattare i MMG di nuova nomina.

L'età media dei soggetti TD è di 34 anni, il 70% è rappresentato da maschi, il 30% da femmine, il 64% lavora ed il 7% è in formazione lavoro.

L'utenza comprende anche soggetti in misura alternativa alla detenzione.

I risultati generali più importanti del progetto sono stati senz'altro di superare positivamente la fase di sperimentazione, di verificare la fattibilità della collaborazione operativa tra MMG e Dipartimento delle Dipendenze, di consentire di mettere a punto una prassi innovativa.

I risultati specifici, che vengono qui di seguito riassunti in breve, sono stati evidenziati mediante un lavoro di ricerca durato 2 anni (anni 2000-2002), finanziato dal Ministero della Salute, svolto su un campione di soggetti tossicodipendenti e su un campione di medici di famiglia, finalizzato a valutare e descrivere l'impatto del modello organizzativo di rete.

La ricerca è stata di tipo descrittivo e si è avvalsa di una rilevazione sistematica di dati da 3 fonti di informazione: i MMG che partecipavano al progetto, i soggetti in trattamento metadonico ed in carico al DDD dal 1995, l'archivio generale dei dati del DDD.

Gli strumenti di rilevazione utilizzati sono stati predisposti appositamente e sono un questionario autosomministrato per i MMG ed un'intervista strutturata per i soggetti tossicodipendenti.

Alla ricerca hanno collaborato 52 MMG e 80 pazienti, estratti casualmente dalla popolazione di utenti del DDD continuativamente in carico dal 1995.

Medici di medicina generale

La valutazione del medico sulla nuova modalità di prescrizione/somministrazione del metadone è stata buona/ottima per il 59% del campione.

Il 67,4% dei MMG ritiene che la soddisfazione dei loro pazienti sia alta.

Il 78,3% dei medici dichiara che ci sono stati cambiamenti nel proprio lavoro, sollecitati dalla collaborazione con il DDD: in particolare, il 35% ritiene di aver ottenuto una maggiore cono-

scienza delle problematiche legate alla tossicodipendenza, il 33% di avere una maggiore conoscenza del paziente tossicodipendente, il 25% ha acquisito nuove procedure/modalità di lavoro ed il 7% ha iniziato a sperimentare la metodologia del lavoro di rete.

Per quanto riguarda le più comuni opinioni/pregiudizi e le difficoltà gestionali in tema di soggetti tossicodipendenti (es. pericolosità, scarsa compliance, discontinuità), si sono rilevate interessanti differenze nelle dichiarazioni dei medici di base.

In particolare, dopo l'esperienza di lavoro in oggetto, il problema della dipendenza viene considerato maggiormente di pertinenza medica rispetto a prima.

Infatti, mentre il convincimento iniziale dei professionisti era di dover rinviare il paziente ad altre strutture, la loro posizione successiva è di doversene occupare direttamente, tramite l'offerta di un intervento specifico di primo livello.

La rappresentazione sociale del tossicodipendente nei medici è migliorata nel 67% dei casi; è presente la consapevolezza che nonostante la complessità della relazione terapeutica, sia possibile creare un rapporto fiduciario positivo con il paziente tossicodipendente.

Rispetto al tema della pericolosità, la maggioranza dei medici non ha la percezione di essere più a rischio e si è sentita adeguatamente supportata dagli operatori del Dipartimento delle Dipendenze tramite consulenza telefonica ed intervento diretto presso l'ambulatorio.

Soggetti tossicodipendenti

Riguardo al grado di soddisfazione, la maggior parte dei soggetti si è dichiarata molto soddisfatta di questa nuova modalità di somministrazione del farmaco.

Viene riferito un prevalente vissuto di benessere psicofisico, un abbassamento del livello soggettivo di stress, un miglioramento dell'immagine di sé e della capacità di adattamento sociale.

Quasi la totalità del campione si sente adeguatamente seguita dal punto di vista terapeutico globale, grazie all'integrazione operativa tra MMG e DDD e considera buono il rapporto col proprio medico di famiglia.

Si rileva un forte cambiamento nella rete sociale: quasi il 70% dei soggetti dichiara che questa modalità di cura lo tiene lontano dai "soliti giri"; la situazione lavorativa è notevolmente migliorata.

Conclusioni

Complessivamente l'impatto di questa modalità di intervento integrato fra servizio specialistico e medici di famiglia risulta associata a valutazioni e vissuti sostanzialmente positivi.

Rispetto all'utenza, risulta migliorare sia la qualità percepita dell'assistenza fornita che la ricaduta in termini di salute fisica, benessere psicologico e adattamento sociale.

Rispetto ai medici di famiglia, uno degli effetti dell'esperienza riportata dagli stessi è stato di acquisire delle conoscenze specialistiche sulla dipendenza patologica e sulla modalità di presa in carico del paziente tossicodipendente, facilitando così una migliore gestione dei casi nell'ottica della continuità terapeutica e dell'integrazione operativa tra servizi.

Il modello operativo ha contribuito a ridurre lo stigma sociale verso i pazienti, spesso presente anche in ambito sanitario ed a superare le iniziali paure a realizzare programmi terapeutici personalizzati in ambulatori cittadini.

Il Dipartimento delle Dipendenze è riuscito a rispondere al maggior afflusso di utenti e ai diversi bisogni riorganizzando i propri interventi ed ampliando le proposte di cura in stretta collaborazione coi Distretti Sanitari e coi Medici di Medicina Generale.

Nel corso degli anni i trattamenti con metadone hanno subito delle significative modifiche, in ordine ai mutamenti di indirizzo operativo ed alle evidenze scientifiche ed esperienziali. Si è ridotto di conseguenza il numero dei trattamenti a breve termine in favore di quelli a medio e lungo termine. ✎

L'assistenza territoriale integrata a pazienti dipendenti da eroina con i medici di medicina generale

L'esperienza del Ser.T. di Pescara

*Pietro Fausto D'Egidio**

Nel Ser.T. di Pescara abbiamo realizzato un progetto per collaborare con i Medici di Medicina Generale del nostro territorio nella gestione delle terapie sostitutive effettuate dagli eroinomani.

Il progetto nasce dalla constatazione che il Ser.T. assiste solo una parte della popolazione dipendente da eroina e questo sia per la tipologia di intervento implicita nella dimensione organizzativa e strutturale del servizio che per la notevole diffusione della patologia.

Inoltre molti pazienti vivono in zone distanti varie decine di chilometri dal Ser.T. e questo determina una conseguente, problematica gestione, da parte loro, di una terapia cronica che a volte rende difficile il reinserimento lavorativo.

L'intervento integrato che abbiamo proposto offre una aggiuntiva risorsa terapeutica complessiva che va a soddisfare bisogni particolari e a supplire le insufficienti risorse della struttura specialistica di riferimento.

Con questo progetto abbiamo inteso valorizzare il rapporto del Medico di Medicina Generale con il nucleo familiare e si può con questo presupposto attivare una nuova sinergia con la attività del Ser.T. e della Comunità terapeutica.

Parte sostanziale del progetto è stata quella di realizzare una valutazione di efficacia di questa nuova strategia terapeutica e di valutarne il rapporto costi/benefici.

Nel progetto sono stati coinvolti:

- il Ser.T. Pescara che ha svolto la funzione di consulenza e supporto specialistico dott.ssa Della Torre; inf. De Blasio, Di Pasquale. Ad esso è stato fatto carico della diagnosi, della predisposizione del progetto terapeutico, del counselling medico settimanale e dei controlli urinari;
- i medici di medicina generale che hanno preso in carico i loro pazienti anche per la patologia della dipendenza da eroina e prescritto i farmaci sostitutivi;
- il CLED, che è stato impegnato nel counselling psicologico e socio assistenziale svolto sul territorio.

Nella tab. 1 vengono riportati i dati essenziali che andremo ad analizzare nella valutazione dei risultati del progetto di assistenza territoriale integrata a pazienti dipendenti da eroina

C'è stata una numerosa e soddisfacente risposta da parte dei medici di medicina generale alla richiesta di collaborazione. Il Ser.T. si è assunto la responsabilità per tutti i casi della diagnosi, della definizione del programma terapeutico, della eventuale rimodulazione dello stesso, delle verifiche e del counselling periodico.

Questo ha messo il medico di medicina generale nella condizione di tranquillità rispetto agli aspetti medico legali più problematici ed inoltre non si è sentito mai solo nella

Tab. 1 - Dati per la valutazione del progetto di assistenza territoriale integrata a pazienti dipendenti da eroina riferiti al 1 settembre 2003

Dati del progetto	
Numero di giornate di svolgimento del progetto	693
N. di programmi	123
N. di pazienti assistiti nel programma	109
N. di pazienti con 2 terapie	10
N. di pazienti con 3 terapie	2
N. di pazienti che hanno cambiato medico tra coloro che hanno più terapie	3
N. di medici	46
N. di medici maschi	43
N. di medici femmine (sul totale sono 21,6%) (totale M193 - F52)	3(6,5%)
Data inizio terapia per il 1° paziente	09/10/2001
Dosaggio metadone (media in mg.)	46,42
Dosaggio metadone (mediana in mg.)	45
N. di giornate di assistenza	20.583
Giorni di assistenza che mancano al completamento del progetto	15.917
Esiti	
N. di abbandoni	6
N. di arresti	5
N. di espulsi	2
N. di pazienti che continuano la terapia al Ser.T.	6
N. di pazienti che continuano la terapia in comunità terapeutica	7
N. di pazienti che hanno completato il programma terapeutico con esito positivo	34
N. di pazienti in terapia al 1 settembre 2003	63
Mediana dei giorni di assistenza per paziente	109
Media dei giorni di assistenza per paziente	171
Numero massimo di giorni di assistenza per paziente	693
N. di pazienti senza supporto familiare	13
N. di pazienti che lavorano	65
N. di pazienti che non lavorano	44
N. di pazienti deceduti per overdose nel corso del trattamento	0
N. di pazienti sieroconvertiti per HIV nel corso del trattamento	0
N. di pazienti sieroconvertiti per HBV nel corso del trattamento	0
N. di pazienti sieroconvertiti per HCV nel corso del trattamento	0
N. di pazienti arrestati per aver commesso reati nel corso del trattamento	0
Prestazioni	
N. di visite mediche presso il Ser.T.	177
N. di interventi di counselling psico-sociale territoriale	156
N. di interventi di counselling medico presso il Ser.T.	560
N. di interventi di counselling infermiere presso il Ser.T.	1.431
N. di interventi del medico di medicina generale	2.940
N. di morfinurie	1.431
N. di morfinurie positive	241
N. di morfinurie negative	1.190 (83%)
Settimane di assistenza / n. morfinurie	2

gestione di tutti i momenti di difficoltà nella conduzione del programma.

Inoltre quasi sempre il MMG si è trovato nella possibilità di valorizzare, nel setting terapeutico, una conoscenza profonda dell'intero nucleo familiare del paziente, e una fiducia costruita negli anni sia con il paziente che con la sua famiglia: con un evidente valore aggiunto rispetto alla riuscita della terapia.

Ben 46 medici hanno aderito fino ad ora al progetto testimoniando nei fatti una reale disponibilità dei colleghi a farsi

* *Direttore Ser.T. Pescara, Direttivo Nazionale FeDerSerD.*

Tab. 2 - Analisi dei costi del progetto di assistenza territoriale integrata a pazienti dipendenti da eroina riferiti al 1 settembre 2003

Azione	N. di prestazioni	Costo unitario	Costo totale
Visite mediche presso il Ser.T.	177	71,69	12.689,13
Interventi di counselling psico-sociale territoriale	156	6,97	1.087,32
Morfinurie (raccolta, esecuzione esami e materiali)	1.431	10,11	7.312,41
Costo metadone		0,03	29.607,00
Interventi del medico di medicina generale	2.940	15,5	45.558,00
Interventi di counselling medico presso il Ser.T.	560	8,21	4.597,60
Interventi di counselling infermiere presso il Ser.T.	1.431	3,74	5.351,94
Servizio amministrativo	735	18	13.230
Relazioni	735	25	18.375
Costo totale			150.108,40
Costo x giorno di terapia			7,30
Costo/paziente/anno di terapia			2.661,88

carico di questa patologia se adeguatamente inseriti in un contesto terapeutico ritenuto valido.

In tale situazione, ed a conferma delle considerazioni già svolte, diversi medici hanno preso in carico più di 1 paziente (tab. 3).

Con questo progetto abbiamo ottenuto un risultato fondamentale: dimostrare la possibilità di evitare la concentrazione in un unico punto della città sia di molti tossicodipendenti che della disponibilità di metadone per il mercato grigio.

Riteniamo ad oggi che questo rappresenti uno dei punti cruciali a cui è legata sia una rappresentazione sociale che si esprime in termini negativi dei nostri servizi, sia la causa di ricadute e di difficile accesso ai servizi per una serie di pazienti "meno problematici".

Con la implementazione diffusa di questo progetto si apre l'accesso alle cure ad un maggior numero di pazienti.

I risultati sono stati soddisfacenti come si può facilmente rilevare dai dati illustrati nella tab. 1: tra questi segnaliamo che circa il 60% di pazienti è stato messo nella condizione di svolgere una attività produttiva.

In un precedente lavoro i pazienti in trattamento con metadone cloridrato sciroppo presso il Ser.T. e negativi all'ultimo esame dei cataboliti degli oppiacei erano il 70,7%.

Possiamo assumere in tesi generale, per i nostri pazienti eroinodipendenti, che la percentuale di morfinurie negative sia un indicatore sensibile della percentuale di tempo trascorso "libero da malattia".

Nel nostro programma il tempo libero da malattia è risultato essere dell'83% di 20.583 giorni pari a 17.083 giorni.

Possiamo ancora assumere, sempre in tesi generale, che 17.083 giorni liberi da malattia significano, tra l'altro:

- da 17.000 a 51.000 somministrazioni e.v. evitate, ed i conseguenti rischi di patologie internistiche, infettive e psichiatriche evitati;
- da 430 mila ad oltre 1,3 milioni di € sottratti al mercato illegale, ed i conseguenti furti, scippi, rapine e patologia sociale evitati.

Abbiamo inoltre indicazioni che ci inducono a ritenere di aver raggiunto, tra gli altri risultati, una bassissima incidenza di patologie correlate.

Andando a considerare i costi di questo programma partiamo dal dato rilevato in una precedente analisi dove avevamo stimato il costo medio per un mese di trattamento di un eroinomane in terapia sostitutiva con metadone cloridrato sciroppo al dosaggio di 70 mg/die presso il Ser.T. nel valore di

€ 498,30; valore che equivale ad un costo/paziente/anno di terapia pari a € 5.979,60.

Per la analisi attuale abbiamo considerato un costo del metadone in farmacia doppio rispetto al costo per il Ser.T. e lo stesso costo unitario per le prestazioni effettuate presso il servizio (visita medica, counselling di medico e infermiere, esami dei cataboliti di oppiacei e metadone, servizio amministrativo e relazioni) che in questo caso si configura precisamente come una struttura specialistica di II livello.

Ponendo il compenso del MMG pari a € 15,50 ad accesso noi possiamo stimare il costo/paziente/anno di terapia pari a € 2.661,88: un costo inferiore al 50% rispetto ad un paziente trattato esclusivamente nel Ser.T. (tab. 2).

Tab. 3 - Numero di programmi condotti per ciascun medico

N. di programmi per ciascun medico	N. di medici	N. di programmi
1	23	23
2	8	16
3	7	21
4	2	8
5	2	10
6	0	0
7	0	0
8	1	8
9	1	9
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	1	13
14	0	0
15	1	15
Totale	46	123

I dati che descrivono gli elementi sostanziali di questa attività di cura con metadone cloridrato sciroppo in collaborazione tra Medico di Medicina Generale (MMG), comunità terapeutica, famiglia e Ser.T. indicano, a nostro giudizio, la fattibilità di questo programma terapeutico e documentano dei risultati di rilievo, assolutamente soddisfacenti, tali da suggerire la promozione e la diffusione di tale programma, magari anche attraverso la contrattazione regionale decentrata per i medici di medicina generale e la ridefinizione della collocazione dei Ser.T. che almeno in casi come questo può essere indicata come la struttura specialistica di secondo livello di riferimento per la patologia della dipendenza. ↘

Presentiamo il testo del Cartello nazionale recentemente costituitosi, su iniziativa del CNCA, a cui FeDerSerD ha aderito, segnalandolo in particolare l'impegno nella difesa del sistema ad alta integrazione pubblico – privato sociale, al centro di convergenti spinte limitative dell'operatività verso le persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze e comportamenti additivi. In questi mesi FeDerSerD partecipa attivamente alle iniziative che il Cartello sta definendo, in sinergia con le Istituzioni e gli altri soggetti significativi a livello dei territori.

Non incarcerate il nostro crescere

Educare non punire, per una politica dell'ascolto

Noi operatori del pubblico e del privato sociale, volontari, educatori, magistrati e operatori del diritto, insegnanti, singoli cittadini vogliamo ancora una volta, come sempre facciamo nel nostro lavoro, riaffermare il nostro impegno di solidarietà, di vicinanza, di offerta di servizi di cura, di ascolto e confronto a tutte le ragazze e i ragazzi che hanno incrociato in momenti della loro vita l'approccio alle sostanze nel momento in cui una parte della politica afferma non solidarietà e vicinanza, ma punizione ed obbligatorietà della cura.

Come periodicamente accade, ci ritroviamo a parlare sui giornali e alle televisioni ed i politici tornano ad occuparsi di droghe, di dipendenze, di uso di sostanze, dopo un periodo di rimozioni e silenzi. E ciò per una nuova proposta di legge, presentata dall'onorevole Fini, che ci sembra riportare il dibattito indietro di decenni.

Il tema torna con grandi titoli sui giornali che parlano di pseudo-soluzioni onnipotenti, punizioni pesantissime a tutti i consumatori, prese di posizione a forte ispirazione ideologica, mentre, come sempre, i problemi veri, le storie delle persone sembrano lontane o stanno sullo sfondo delle scelte politiche.

Come se le molte esperienze incontrate in questi anni, talvolta difficili ma con importanti risultati raggiunti, non contassero nulla.

Noi, operatori pubblici e del privato sociale, delle comunità scientifiche, educatori, magistrati e operatori del diritto, genitori, volontari che lavoriamo da decenni con i ragazzi e le ragazze sui territori siamo presi da un certo fastidio che si somma alla rabbia ed alla preoccupazione per non essere mai interpellati, di non riuscire mai a ragionare con pacatezza delle complesse problematiche connesse a questo tema, senza dover fare i conti con una continua cultura dell'emergenzialità e del falso allarme sociale di ispirazione soprattutto mediatica.

Educare non punire

Molti politici sembrano incapaci di avere occhi per comprendere quanto i problemi e le storie connesse al tema dell'uso, del consumo, dell'abuso e della dipendenza da "droghe" sono sempre più racconti del quotidiano, della vita "normale" di moltissimi dei nostri giovani.

Non più e non solo storie difficili, ripetute e tragiche, nelle quali la dipendenza da sostanze stupefacenti è diventata

dramma del vivere, illegalità e marginalità sociale e con cui i nostri servizi hanno molto lavorato in strada, nelle carceri, nelle comunità, nelle unità di strada, nei servizi.

Noi incrociamo sempre più spesso storie del quotidiano vivere, divertirsi, sperimentare, stare assieme di molti giovani, connotate anche da un consumo di sostanze estremamente diffuso, in contesti ed ambiti diversissimi, con coinvolgimenti e problematicità molto diverse.

Questi approcci urlati, la rinuncia al ragionamento complesso, l'obbligo penale alla cura, le promesse di pesantissime punizioni contribuiscono paradossalmente ad aumentare l'allarme e alimentano la tendenza alla mimetizzazione dei consumatori che non si riconoscono nelle immagini stereotipate rappresentate ed evocate, nel luogo comune che tipizza ogni consumatore come tossicodipendente, prevedendo per lui punizione, isolamento, ghettizzazione ed allontanamento.

Per questo vogliamo affermare l'assoluta contrarietà allo slogan "punire per educare" della nuova proposta di legge presentata, che evidenzia la palese discrepanza tra l'intenzione pedagogica contenuta nel dispositivo di revisione e le condizioni reali della sua applicabilità in una società che alimenta ed incoraggia stili predatori, dissipativi, edonistici e competitivi, che costituiscono uno dei fattori di vulnerabilità sociale più importanti in rapporto al consumo di droghe. L'analisi delle quasi 300.000 segnalazioni arrivate alle prefetture in questi ultimi anni per possesso e consumo di sostanze illegali ci dicono con chiarezza che la gran parte di questi giovani ha storie "normali".

Ragazze e ragazzi, e non solo, che studiano, lavorano, consumano di tutto – e quindi anche le droghe – senza però automaticamente stravolgere irrimediabilmente la vita loro e di chi gli sta intorno.

Non si può banalizzare dimenticando che è dal rapporto tra l'uomo, le sostanze, le circostanze e le ragioni di uso che nasce la loro pericolosità.

Ignorare l'intreccio di questi fattori, conduce agli errori estremistici che polarizzano l'attenzione solo sulle sostanze, sulle loro caratteristiche chimiche e sui loro effetti, solo per definirne la liceità d'uso, i limiti, e le sanzioni.

Chiunque ha contatti con il mondo giovanile – genitore, insegnante, educatore – non può non essersi reso conto dell'ampia diffusione di stili di vita nei quali le sostanze psicoattive (legali come alcol e tabacco, illegali come cannabinoidi, cocaina, eroina o ecstasy) sono molto presenti. La nostra società ha loro insegnato che l'essere è con-

sumare e che più si è capaci di consumo più si afferma la propria identità, appartenenza al gruppo dei pari, riconoscimento sociale, spesso non essendo capaci a riconoscerne i pericoli e a tutelarsene.

Semplificare, creare stereotipi, demonizzare, individuare capri espiatori rassicuranti sostituisce, nel mondo adulto anche della politica, l'esigenza di fermarsi ad ascoltare, riflettere, sentirsi interpellato, cercare di capire le domande che i ragazzi pongono con questi comportamenti.

È, certo, più semplice risparmiarsi la fatica di dare un senso agli agiti giovanili soprattutto quando si collocano nell'area della trasgressione e limitarsi alla scorciatoia della punizione, come se questo potesse tranquillizzare la società civile, i genitori che si sentono impreparati, gli educatori e gli insegnanti che chiedono supporti e progetti.

Davanti a un mondo, quello del consumo di droghe, che diventa sempre più complesso e diversificato (il coinvolgimento di fasce di popolazione molto diverse, il consumo contemporaneo di più sostanze, i mille modi e luoghi del consumo di sostanze molto diverse tra loro, l'innesto ormai da anni dell'Aids e di altre patologie sulla tossicodipendenza, l'invecchiamento della popolazione eroinomane) si preferisce far calare il velo dell'incoscienza e dell'inconsapevolezza.

Si sceglie di non voler comprendere - A noi pare una "schizofrenia educativa".

Il mondo adulto, che non riesce più a dare risposte di senso forti e credibili, si irrigidisce quando i giovani, in tutti i modi e con tutti gli strumenti che hanno a disposizione, continuano a porre domande sul senso del vivere. E se l'unica risposta che ricevono è la richiesta di omologarsi al modello unico non tutti si adeguano disciplinatamente: molti giovani non vogliono o non ce la fanno a tenere il passo di questa complessità competitiva e individualista.

Alcuni, forse, proprio nel tentativo di tenere quel passo sperimentano, si aiutano con qualche supporto chimico, inciampano e quasi mai trovano un adulto che li sappia accompagnare.

La persona al centro di ogni intervento - Vogliamo riaffermare l'assoluta centralità della persona, rivendichiamo la priorità per politiche di ascolto, di supporto, di comprensione, di accompagnamento di progettazione alternativa. L'ascolto richiede, in ogni occasione, la capacità di chiedersi sempre cosa sia meglio per il bambino, il giovane, l'anziano, il tossicodipendente, il disabile, che sono tra i protagonisti principali dei nostri progetti.

Richiede politiche di accompagnamento che escludono il giudizio a priori e comportano, invece, il riconoscimento della diversità, dell'unicità e dell'autonomia di colui a fianco del quale ci si pone.

A noi interessano le persone, le loro storie, i loro problemi, il loro benessere, prima che le sostanze che consumano.

Punire e basta non è solo un cattivo modo di educare, ma è anche e soprattutto inutile - Il fallimento delle politiche repressive è ormai un dato acquisito.

Riteniamo vadano sperimentate, come molti paesi europei stanno facendo, ipotesi di approccio diverse da quelle

proposte dal governo, più di ispirazione sociale che legale, che sappiano cogliere sia le complesse e gravi problematiche di una tossicodipendenza grave che la potenziale pericolosità di consumi diffusi e generalizzati che coinvolgono in maniera problematica anche sostanze legali altamente pericolose come alcool e nicotina.

La tutela di sé e degli altri sono valori importanti.

Non si insegnano valori con la coercizione.

È un dato acquisito delle scienze che si occupano di educazione, di pedagogia, di supporto, di trattamento e di clinica delle dipendenze.

Se ne sono accorti in tanti in Europa e molti di noi lo affermano da tempo come scelta ideale e di pratica quotidiana di intervento.

La strategia dei quattro pilastri - Lotta al traffico, prevenzione, cura-riabilitazione, riduzione del danno – che l'Unione Europea propone e sperimenta da anni negli stati membri nella lotta contro le droghe, si conferma come l'unica strada percorribile, convalidata da centinaia di progetti, sperimentazioni, servizi e relazioni attivate in questi anni anche in Italia.

Ora, invece, c'è chi appiattendendo tutto alla luce dell'ideologia vuole trasformare tabelle scientifiche di sostanze psicoattive estremamente diverse – con pericolosità e controindicazioni diverse, elaborate per esigenze scientifiche, sanitarie e di trattamento – in categorie politiche funzionali alla condanna non solo dei comportamenti, ma anche delle persone.

Parificare tutto – dall'eroina alla cannabis, dalla cocaina all'estasi, dal consumo occasionale a quello ripetuto e dipendente, dallo spaccio al consumo condiviso – ne è la conferma.

La proposta generalizzata di pene pesanti ed illogiche, a partire da un minimo di sei fino a venti anni di carcere, punisce quasi allo stesso modo il giovane che sperimenta con gli amici una trasgressione, il tossicodipendente gravemente compromesso nel consumo, lo spacciatore di strada, il grande trafficante che ci specula.

La punizione esemplare per obbligare alla cura -

L'esempio forse più eclatante di questo distorto modo di pensare l'educare è l'alternativa che si vorrebbe porre a tutti i consumatori di droghe, a prescindere dalla loro storia, dal contesto in cui vivono, dalla loro irriducibile individualità: o una pesantissima pena carceraria o l'ingresso coatto in comunità terapeutica.

O il carcere, strumento repressivo e dannoso che risponde solo alle paure ed al senso di impotenza dei "normali", o un luogo "educativo" (le comunità) come sostituto della reclusione.

Le nostre carceri con i loro numeri esagerati e le loro tragiche storie sono monito spaventoso ed esemplare paradigma dell'inutilità della pena.

Un'ansia punitiva che rischia di allontanare dall'accesso liberamente scelto ai nostri servizi.

Un timore della punizione che rischia di spingere ancor più nel sommerso milioni di persone.

Non è con la punizione e il divieto che si costruiscono percorsi di cambiamento, di tutela della salute, di rispetto della persona.

Dal punto di vista scientifico e trattamentale, poi, riteniamo ancora decisiva la suddivisione che la stessa Organizzazione mondiale della Sanità ha proposto qualche anno fa tra uso, abuso, consumo problematico e dipendenza quale orientamento alla costruzione dei percorsi più utili per i vari stili di vita e di consumo.

Senza dimenticare l'estrema problematicità rappresentata dall'abuso e il consumo problematico anche di sostanze come l'alcool o di stili di vita ad alto rischio come il gioco d'azzardo e alcune condotte alimentari.

Politiche giovanili e progettazione territoriale - Fare i conti con le culture di consumo diffuso soprattutto in certi contesti e fasce di età, vuol dire interrogare principalmente le politiche giovanili e gli interventi sociali di un territorio non il carcere o la magistratura, ma le scuole, i centri giovanili, i contesti del divertimento, dell'aggregazione e del tempo libero.

Siamo una delle nazioni dell'Europa occidentale che non ha ancora una legge sui giovani e neppure finanziamenti specifici capaci di costruire proposte e percorsi di cultura e promozione alternativi alla noia del quotidiano, alle proposte del mercato.

Parificare le storie personali, i trattamenti penali e sociali e le diverse sostanze ci sembra una follia legale, scientifica oltre che pedagogica ed umana.

Difesa e rilancio del sistema ad alta integrazione nelle dipendenze

Alcuni decenni di esperienza nei Sert e negli Enti Ausiliari, soprattutto dopo l'approvazione della legge 309, ci hanno permesso la costruzione di un sistema misto pubblico-privato nelle tossicodipendenze estremamente diffuso e capillarmente presente in tutte le regioni italiane.

Un sistema che molte nazioni in Europa ci invidiano, ma che sembra non essere assolutamente compreso nelle sue potenzialità di intervento nella nuova proposta di legge.

La legge Fini sembra invece costruita per tornare a 13 anni fa, prima che il sistema si sviluppasse nelle sue molteplici forme attuali, con le sue luci, le sue ombre e le sue criticità.

Una realtà ricca di risorse, di competenze, scienza e sapere desiderosi di essere valorizzati nella riscrittura complessiva del sistema di intervento, per una migliore efficacia e qualità delle prestazioni che le leggi di settore (Atto di Intesa delle Comunità, regolamenti di attuazione dei Dipartimenti, L. 444, ecc.), gli atti di indirizzo regionali (piani Obiettivi, recepimento ed attuazione degli atti amministrativi delle Asl, ecc.) nonché l'utilizzo e la messa a disposizione di finanziamenti certi dovrebbero favorire.

Un forte e stabile sistema pubblico di intervento nel campo delle dipendenze rappresenta sicuramente, nella sua integrazione con il privato, la risposta capace di intercettare rapidi cambiamenti e richieste articolate ed estremamente diversificate, conseguenze di un fenomeno in continua e rapida evoluzione e di un numero di consumatori - problematici e non - in continuo aumento.

Il Dipartimento, come struttura complessa ad alto protagonismo e pari titolarità tra tutti i soggetti territoriali, ci

sembra l'unico strumento capace di costruire un sistema integrato di intervento, che permetta una rivisitazione aggiornata dei concetti di prevenzione, riduzione dei danni, tutela della salute, intervento terapeutico e reinserimento, articolandoli in una logica di sistema ancor più efficace.

Il sistema che si va a prefigurare deve essere estremamente articolato e differenziato, capace di alta integrazione pubblico/privato, in grado di recepire le nuove esigenze e di mantenere alta la capacità di sperimentazione.

Siamo tutti consapevoli di quante ancora siano le criticità e le aree in cui è necessario uno sviluppo e rielaborazione anche alla luce dei risultati, delle carenze evidenziate e delle esperienze realizzate.

Ci riferiamo ad esempio ai bisogni inevasi legati ai percorsi con farmaci sostitutivi, tra disintossicazione assistita, supporto relazionale e motivazionale nella riformulazione dei percorsi, a tutte le psicoterapie di supporto, all'inserimento socio lavorativo (Comunità di disintossicazione, percorsi brevi, centri di pronta accoglienza, residenzialità semi assistite, ecc.), ai bisogni dei sempre più numerosi tossicodipendenti stranieri o dei nuovi giovanissimi consumatori di eroina fumata o sniffata, agli abusatori o ai tossicodipendenti da cocaina, alle persone ormai in situazioni di alta esclusione sociale ed a bassissima motivazione al cambiamento (comunità di diagnosi, specialistiche, strutture di sosta o comunità di vita, centri diurni e strutture filtro, ecc.), ma anche alla necessità di stabilizzare le validissime esperienze realizzate di riduzione del danno o di prevenzione primaria, le sperimentazioni trattamentali nelle diversificate strutture comunitarie o nei servizi pubblici.

Noi crediamo che la strada da seguire sia, per il privato sociale ma anche specularmente per il servizio pubblico, quella di un'alta correlazione nella logica della pari titolarità e della valorizzazione reciproca delle professionalità, della diversificazione delle unità d'offerta, delle diverse disponibilità e capacità relazionali e di accoglienza.

Una necessaria continuità di interventi, di trattamenti e di monitoraggio dei percorsi e dei fenomeni che solo un sistema ad alta collaborazione può garantire.

Anche sul versante della proposta di riscrittura profonda ed a pari titolarità del sistema di intervento le proposte formulate dal disegno di legge Fini ci sembrano profondamente sbagliate.

La proposta di legge Fini nel prevedere un ruolo strategico del privato sociale a pari titolarità generalizzata, alternativo e competitivo al servizio pubblico come non più unico ed indiscusso attore delle definizioni strategiche e progettuali, perde però completamente la necessità di garantire una funzione pubblica di indirizzo, monitoraggio e garanzia che solo un sistema ad alta integrazione e chiare funzioni diversificate può garantire in un modo ottimale.

Ecco perché riteniamo necessario riaffermare:

Prima di tutto persone - È dall'ascolto, dalla prossimità, dalla presa in carico e dal rispetto delle persone e delle loro domande e fatiche che si è sviluppato un enorme lavoro educativo, trattamentale, di presa in carico e di cura, di attenzione ai percorsi di crescita, di autotutela, di

presa in carico e di prevenzione dei rischi collegati al consumo di sostanze, qualunque fosse lo stato della persona che abbiamo incontrato.

È nella prioritaria garanzia del loro diritto di cittadinanza che è iniziato spesso il cambiamento che ha aiutato la persona a stare meglio.

La diversificazione degli approcci come valore nella risposta alla complessità dei fenomeni - Sono oggi moltissime, nel nostro paese, le eccellenze raggiunte, le sperimentazioni e le buone pratiche, i progetti significativi, i servizi innovativi e le sperimentazioni di qualità eccellenti nei servizi di ascolto, le unità di strada, i progetti di prevenzione, gli interventi nei luoghi di aggregazione dei giovani, le esperienze di comunità, le nuove proposte trattamentali – dalla riduzione del danno agli interventi di prevenzione –, nelle comunità o nei servizi pubblici.

Nella diversificazione delle offerte e nella valorizzazione di tale molteplicità si sono costruite molte risposte efficaci. L'estrema multiformità del fenomeno delle dipendenze richiede un più serrato dibattito, una più incisiva riflessione, una più alta capacità di interazione tra i soggetti per ampliare il numero di "esiti positivi" nella cura dei tossicodipendenti, per diminuire la mortalità, per aumentare il numero di persone in trattamento, per aumentare la vicinanza ai cambiamenti e, allo stesso tempo, ridurre i danni provocati dall'assunzione di droghe e contrastare ove possibile la stessa diffusione dei consumi.

Non serve mettere in competizione pubblico o privato o metterli in gara tra loro per la spartizione delle già esigue risorse.

Risorse certe per problemi in sviluppo - Occorre garantire ad un sistema così complesso ed articolato risorse certe sia di tipo strutturale (che chiediamo possano passare dall'attuale 0,8% medio ad almeno l'1,5% del fondo sanitario); sia risorse progettuali assegnate tramite il Fondo per la lotta alla droga, dotato di stanziamenti stabili e regolari in ogni annualità – come previsto dalla legge 45 – per permettere ipotesi sperimentali ed innovative di valenza nazionale e regionale, nonché promuovere valutazioni scientifiche certe e implementazione e diffusione rapida dei risultati raggiunti.

Attualmente noi abbiamo un sistema di intervento che non riesce a garantire nemmeno il mantenimento delle professionalità e delle competenze previste negli atti di istituzione dei servizi del 1990, con una presenza degli operatori nei servizi che è mediamente del 60% rispetto a quelli previsti, mentre per le comunità del privato sociale abbiamo livelli di retta che, tranne per alcuni adeguamenti ISTAT, sono fermi ancora a quelli di 10 anni fa.

Quale sviluppo può avere un sistema in cui si investe così poco a fronte di un dilagare dei fenomeni di cui ci occupiamo?

Necessaria applicazione degli Atti di Intesa Stato-Regioni - Riteniamo non sia più rinviabile la rapida applicazione degli Atti di Intesa Stato-Regioni del '99 in tutte le regioni italiane, sia come sistemi di accreditamento del privato sociale nelle varie tipologie previste dagli atti (accoglienza, specialistiche, terapeutiche, pedagogiche, dei servizi

di rete, del servizio multidisciplinare integrato) che come sviluppo dipartimentale del sistema delle dipendenze. Un sistema a pari titolarità richiede regole certe, moderne e condivise di organizzazione dei servizi.

La diversificazione dei modelli, degli strumenti e delle proposte è una modalità di risposta decisiva nei confronti di fenomeni complessi ed in rapida evoluzione; respingiamo la proposta insita nella legge Fini di valorizzare solo alcune monoculture di approccio (modelli unici di comunità o trattamento) che non sfruttano la diversificazione delle proposte in una forte elasticità e adattabilità dei percorsi trattamentali e di cura, valorizzando un sistema ad alta professionalità e trasparenza delle unità di offerta.

Va poi recuperato un corretto rapporto di interdipendenza tra gli indirizzi nazionali e le legittime autonomie regionali come garanzia di vicinanza e adattabilità alle specifiche situazioni locali.

La cura della vita e del benessere della persona innanzi tutto - Va garantito comunque il rispetto della dignità umana e dei diritti di cittadinanza della persona tossicodipendente, ne vanno garantiti i diritti alla salute e garantita la possibilità dell'accesso ai trattamenti più diversificati attraverso una diagnosi multifattoriale, una progettazione individualizzata e la libertà di scelta dell'individuo – dalla tutela della salute alla presa in carico, dalla possibilità di un trattamento farmacologico adatto, alle molteplici opportunità terapeutiche e trattamentali.

Siamo fortemente contrari all'apertura di un conflitto certo ed un antagonismo esplicito tra servizi del pubblico e del privato accreditato - Riteniamo vadano salvaguardate tutte le prerogative del sistema dei servizi pubblici e le specificità delle strutture del privato sociale, anche attraverso il mantenimento di luoghi certi di regia ed integrazione, senza i quali temiamo un quasi automatico aumento incontrollato della spesa ed un progressivo appiattimento delle varie unità di offerta.

Chiediamo più pubblico e più privato accreditato. Siamo per un sistema pubblico e privato accreditato, siamo contrari ad una ipotesi secca di privatizzazione che releghi il pubblico a funzioni di esclusivo controllo del sistema ed erogatore di finanziamenti.

Ci si aspetterebbe che dinanzi alla grande complessità del problema droghe, alla difficoltà che genitori, insegnanti, educatori, volontari vivono ogni giorno nel doversi confrontare con esso, chi ha responsabilità politiche ed istituzionali invitasse tutti ad unirsi, collaborare, trovare punti di mediazione e di azione comuni.

Invece no. Sempre più si levano voci, anche autorevolissime, che stilano improbabili e offensive distinzioni tra "operatori buoni" e "operatori cattivi", comunità motivate ed affidabili e servizi pubblici inaffidabili, interventi ideologicamente bocciati, oltre le evidenze scientifiche, le sperimentazioni, l'efficacia dimostrata.

Non comprendiamo. Ci pare operazione miope. Invitiamo tutti gli operatori a sottrarsi a questo gioco che rende tutti più deboli e soprattutto i nostri interventi meno utili ed efficaci.

Insieme per scelta nella valorizzazione della funzione pubblica - In un mondo complesso anche gli interventi

devono essere molteplici e differenziati, seguendo alcuni criteri guida chiari e ragionevoli: la personalizzazione delle prestazioni, la tempestività e la precocità delle stesse, la sinergia tra apporti sociali e apporti sanitari, la scientificità e verificabilità delle proposte.

Occorre creare un sistema dei servizi articolato, in grado di fornire tutto l'insieme degli strumenti farmacologici e terapeutico-riabilitativi possibili, la prossimità dell'informazione, del *counselling* e l'accompagnamento necessari per aiutare soprattutto chi fa fatica e/o sta male.

Ad esso non si può pervenire se non tramite una molteplicità di interventi programmati, coordinati, verificati, a pari titolarità ed alta integrazione programmatica e operativa. Tutti ne devono far parte: servizi pubblici per le dipendenze (sert), privato sociale, volontariato, enti locali.

Attori a pari titolo, con competenze e funzioni proprie, uniti da un unico e fondamentale obiettivo: garantire i diritti alla cura, alla salute ed al benessere.

Che senso ha dividere, rafforzare le diffidenze e i pregiudizi tra gli operatori, dinanzi a una sfida – come quella della diffusione e dell'abuso delle sostanze stupefacenti – che appare comunque ardua e di difficile soluzione?

A chi può giovare se non a chi l'integrazione non la mai voluta?

Il carcere come questione prioritaria - È necessario affrontare celermente la grave questione del carcere per i tossicodipendenti, sicuramente non aumentando le persone incarcerate o semplicemente coinvolgendo gli operatori delle comunità nella gestione diretta degli istituti di pena – come si sta proponendo nella legge – con un loro ruolo sostitutivo delle guardie carcerarie o trasformando luoghi educativi e di cura in luoghi di reclusione, come richiesto sempre più alle comunità terapeutiche; ma evitando il più possibile il carcere attraverso percorsi di depenalizzazione, e, nel carcere, garantendo il diritto alla cura e alla salute, e all'accompagnamento alla scelta di reali percorsi alternativi, comunitari e non, aumentando le possibilità reali di alternativa in rapporto alle effettive condizioni delle persone.

Ci sembra interessante la proposta di lavori alternativi e socialmente utili, ma non nella costrizione della pena o della cura. Non esiste cambiamento senza scelta condivisa. La nuova proposta di legge Fini ci sembra quindi gravissima sia nel ruolo che prevede per il privato sociale, sia per la tendenza all'emarginazione del servizio pubblico, sia per l'ansia punitiva di cui è permeata.

Già esistono e operano molte delle risorse professionali e umane che consentirebbero un vero sviluppo del sistema dei servizi: esse sono però spesso compresse e mortificate, mentre le norme già varate, che miravano alla razionalizzazione del sistema stesso, giacciono purtroppo inapplicate e dimenticate.

Le criticità del passato richiedono correttivi e nuove proposte non passi indietro, anche contro la volontà espressa da un referendum. Ma, per fare tutto questo non serve una nuova legge, o meglio non serve una legge punitivista, repressiva e puramente ideologica.

Si potrà invece pensare a una legge di stampo europeo, per consentire forme avanzate di stabilizzazione degli interventi di riduzione del danno e non solo, per razio-

nalizzare l'accesso alle alternative al carcere sia trattamentali che sociali e, soprattutto, per rivedere, attraverso un netto ridimensionamento, il sistema sanzionatorio che causa i più gravi danni sociali e umani e per sviluppare una ancor più efficace e organica lotta al grande traffico.

Di fronte a chi è mosso da sostanziale disattenzione per i giovani e da reale disprezzo per i tossicodipendenti la nostra voce si alzerà chiara e forte, considerando fin d'ora le opportune forme di dissenso civile verso tale legge. ✍

CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza

CGIL

Comunità San Benedetto al Porto

CNND - Coordinamento Nazionale Nuove Droghe

ERIT - Italia

FeDerSerD - Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze

FORUM DROGHE

Forum Permanente del Terzo Settore

Gruppo Abele

ITACA - Italia

LILA

SAMAN

ALEA - Ass. per lo studio del gioco di azzardo e comportamenti a rischio

ANTIGONE

ARCI

ARCI RAGAZZI

Feder Italia

Magistratura Democratica

SCS/CNOS (Salesiani)

Coop. Lotta contro l'emarginazione

Il Mosaico ONLUS

Job ScsarI

Magliana 80

Folias

NOTIZIE IN BREVE

Presso la U.O.C. PREVENZIONE E CURA DELLE TOSSICODIPENDENZE ED ALCOLISMO della ASL ROMA C, diretta dal dott. Claudio Leonardi, membro del nostro consiglio direttivo, è stato recentemente inaugurato un centro antifumo denominato "Contro Il Fumo".

L'approccio terapeutico multidimensionale prevede l'attuazione di trattamenti medici, convenzionali e non, e psicoterapia individuale e di gruppo.

Per informazioni: dott. Pio Laurenzi tel. 067803405.

“Hormone - doping” e rischio dipendenza

*Donato Donnoli**

Oltre che a scopo terapeutico (curare eventuali patologie che, nel quotidiano, possono manifestarsi) e diagnostico (contribuire alla valutazione dello stato funzionale di un organo), i farmaci sono utilizzati in modo sempre più crescente dagli atleti per ottenere un effetto soggettivo favorevole e, soprattutto, per migliorare “artificialmente” le prestazioni sportive.

Come è noto, il termine coniato per indicare l'uso di farmaci o anche di metodi non consentiti durante la pratica sportiva è “doping”.

Con tale termine si intende, secondo una delle definizioni del C.I.O. (Comitato Internazionale Olimpico), “l'assunzione di sostanze o il ricorso a particolari metodiche capaci di aumentare artificialmente il rendimento di un atleta durante competizione sportiva, contrariamente alla morale sportiva ed alla salute fisica e psichica”.

Il doping risulta poco produttivo per il raggiungimento dei risultati sportivi e spesso fonte di problemi di salute per l'atleta.

Un tentativo di classificazione (necessariamente non completo, per il continuo evolversi del fenomeno) permette, genericamente, di dire che esiste un chemical-doping (costituito da stimolanti e da narcotici), un hormone-doping (costituito, ad esempio, dagli steroidi anabolizzanti, dall'ormone della crescita, ecc.) e un emodoping (attuato con l'emoautotrasfusione o con sostanze che favoriscono l'aumento dei globuli rossi nel sangue).

A questi gruppi vanno aggiunti farmaci come i diuretici, spesso utilizzati a scopo “mimetico” (atti, cioè, a mascherare od impedire il rinvenimento di sostanze nei liquidi biologici), i beta-bloccanti, i beta-2agonisti.

Vi sono, inoltre, composti e farmaci che, nella pratica sportiva sono sottoposti ad alcune restrizioni (ad esempio, alcol, anestetici locali, corticosteroidi).

Si ritiene qui interessante puntualizzare alcuni aspetti legati all'hormone-doping poiché, a fronte di un suo uso abbastanza conosciuto e di una accessibilità delle sostanze, risultano ancora poco evidenziati, tra i rischi, quelli che possono sfociare in una vera e propria “dipendenza patologica da doping”.

Passando, perciò, ad esaminare esempi di hormone-doping, dobbiamo citare l'uso degli *steroidi anabolizzanti*, una classe di composti appositamente studiati e sintetizzati per stimolare la crescita muscolare e corporea minimizzando gli effetti masculinizzanti tipici del testosterone, cioè lo steroide che nel nostro organismo è di provenienza testicolare (prodotto nelle cellule di Leyding) e corticosurrenalica, mentre nella donna è prodotto in piccola quantità dalle ovaie.

L'effetto anabolizzante in risposta alla somministrazione di questi preparati sintetici è determinato dalla capacità di far aumentare le masse muscolari attraverso una accentuazione dell'anabolismo, fase attiva del metabolismo in cui le sostanze introdotte nell'organismo si trasformano in materiale energetico o di accumulo.

Questa fase è caratterizzata da un aumento del contenuto di azoto a livello delle masse muscolari con parallelo incremento delle proteine, del glicogeno, del fosforo ad elevato potenziale energetico ed inoltre è caratterizzata da una accentuazione del consumo di ossigeno dei muscoli.

L'uso terapeutico degli steroidi anabolizzanti è abbastanza limitato: attualmente vengono quasi esclusivamente utilizzati per la cura dell'angioedema ereditario, dell'ipogonadismo,

dell'anemia aplastica, del cancro della mammella e di poche altre patologie.

L'utilizzazione più ampia e non terapeutica avviene, purtroppo, nello sport e in particolare in quelle discipline in cui è richiesta forza e potenza come il sollevamento pesi, il football americano, il rugby e l'atletica.

Altre categorie di utilizzatori di steroidi anabolizzanti sono i “bodybuilders” che non partecipano a gare attive, ma che hanno come obiettivo il raggiungimento di un particolare aspetto fisico. L'uso degli steroidi anabolizzanti, ad alte dosi o utilizzati per lunghi periodi di tempo, è associato ad un gran numero di effetti collaterali di tipo fisico, ma anche di tipo psichico (questi ultimi, forse meno conosciuti, ma ugualmente importanti).

Per quanto riguarda gli effetti fisici, essi sono in gran parte dovuti all'attività androgenica di questi ormoni che si manifesta sui caratteri sessuali, potendo influenzare negativamente anche il profilo lipidico ematico (determinando una predisposizione a patologie di tipo cardiovascolare) ed interessando le attività di altri organi ed apparati (fegato, rene, midollo osseo, sistema immunitario).

Ricordiamo, inoltre, che il miocardio presenta, analogamente alla muscolatura scheletrica, recettori specifici per gli androgeni.

Gli anabolizzanti possono, perciò, determinare sul cuore fenomeni di ipertrofia cardiaca e fenomeni di ipertensione arteriosa. Riguardo alla influenza degli steroidi anabolizzanti sui caratteri sessuali, si pensi, ad esempio, ai drammatici casi di “virilizzazione” delle atlete della ex Germania Orientale che hanno utilizzato per anni steroidi anabolizzanti.

È opportuno poi ricordare, tra i tanti danni che questi ormoni androgeni possono provocare, che il loro uso in epoca adolescenziale può portare ad un arresto di crescita a causa di una precoce saldatura delle epifisi, le estremità terminali delle ossa lunghe che servono per il contatto articolare.

È questo un problema da tener presente se l'uso di tali ormoni dovesse diffondersi sempre più tra gli adolescenti che si dedicano alle attività sportive.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali di tipo psichico, dovuti all'uso (ad alte o continuative dosi) di steroidi anabolizzanti, questi possono essere rappresentati da euforia, irritabilità, ansia, aggressività, labilità emotiva, umore variabile, modificazione (con aumento o diminuzione) della libido, disforia.

In casi più gravi si è osservato depressione, episodi di tentato suicidio, deliri, allucinazioni, psicosi.

Il DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) inserisce gli steroidi anabolizzanti nel capitolo relativo ai “Disturbi correlati a sostanze diverse o sconosciute” definendoli come “sostanze che a volte producono un senso iniziale di benessere che può sfociare in euforia, cui si sostituisce, dopo l'uso ripetuto, carenza di energia, irritabilità ed altre forme di disforia. L'uso continuativo di queste sostanze può condurre a sintomi più gravi (esempio: sintomatologia depressiva) e a condizioni patologiche generali”.

Nella patogenesi di questi fenomeni, oltre ad alcuni aspetti neurofarmacologici (dipendenti da alterazioni dei meccanismi di neurotrasmissione e di connessione tra le varie aree cerebrali con aumento di mediatori eccitatori, come la dopamina, in conseguenza della inibizione della loro ricaptazione), sono da considerare anche aspetti comportamentali: “l'esperienza” fatta in termini di ricerca di sensazioni euforizzanti (senso di potenza fisica, aumento dell'autostima, della libido, della aggressività,

* *Farmacologo clinico, dirigente Ser.T. Marsicovetere - AUSL 2, Potenza. Direttore Nazionale FeDerSerD.*

della sopportazione del dolore e della fatica) può portare ad una "appetizione patologica" (craving) verso questi composti ormonali con possibilità di instaurare dipendenza fisica e psichica.

I problemi causati dall'uso di steroidi anabolizzanti sono dunque molteplici e rilevanti, aggravati, inoltre, dalla presenza, nel mondo degli utilizzatori, di un elevato grado di autosperimentazione e di "self-valutazione" dei risultati.

Altri esempi di hormone-doping sono rappresentati dall'uso di ormoni peptidici, come la somatotropina o ormone della crescita (hGH), la gonadotropina corionica umana (hCG), la corticotropina (ACTH), l'insulina, il fattore di crescita insulino-simile (IGF-1). La *somatotropina o ormone della crescita* (hGH), è un increto che nel nostro organismo stimola l'accrescimento.

Tale azione viene svolta soprattutto in età adolescenziale.

In questo periodo d'età, il sonno, l'esercizio fisico, una dieta che includa un buon apporto di proteine, favoriscono notevolmente la produzione di ormone della crescita.

In campo terapeutico, la sua somministrazione è limitata al trattamento di soggetti in età infantile con problemi di crescita causati da una disfunzione dell'ipofisi che produce, in questo caso, poca somatotropina.

L'effetto doping ricercato è, invece, quello di stimolo al metabolismo delle proteine con un obiettivo simile a quello legato all'uso degli steroidi anabolizzanti.

I rischi, dovuti al sovradosaggio e/o all'uso prolungato di quest'ormone, sono rappresentati dalla possibilità di sviluppare acromegalia, malattia causata da anomalo sviluppo scheletrico con aumento delle dimensioni delle ossa, delle estremità degli arti e del cranio e con aumento delle dimensioni di alcuni organi interni.

Altri rischi sono legati alla possibilità di sviluppare cardiopatie, ipertensione arteriosa, intolleranza al glucosio che può sfociare in diabete mellito.

La somatotropina è disponibile, con somministrazione controllata (solo alcuni centri medici universitari e regionali riconosciuti possono prescriberla), in due forme: una naturale, ottenuta da ipofisi di cadaveri e l'altra sintetica, ottenuta mediante procedure di ingegneria genetica.

Per quanto riguarda la *gonadotropina corionica umana* (hCG), essa è prodotta principalmente dalla donna in gravidanza per stimolare la produzione di estradiolo e progesterone.

Somministrata in atleti di sesso maschile, stimola una risposta di produzione di ormoni androgeni come il testosterone: è questo l'effetto doping ricercato.

Viene anche ricercato un effetto emodoping sfruttando l'aumento dei globuli rossi nel sangue, anche questo causato dall'attività degli ormoni androgeni stimolati per via indiretta.

I rischi sono legati a specifiche alterazioni dell'equilibrio endocrino (aumento, nell'uomo, delle dimensioni delle mammelle, pubertà precoce e blocco della crescita), gravidanze multiple nelle atlete (per sovradosaggio); ipertrofia della prostata, alterazioni del metabolismo del fegato, malesseri addominali con caratteristiche di falso addome acuto.

Si possono avere anche manifestazioni neurologiche (emicranie) e psichiche (stati di euforia alternati a depressione).

La *corticotropina* (ACTH, Adreno-Cortico-Trophic-Hormone) è un increto prodotto dall'ipofisi che controlla la produzione di corticosteroidi (cortisolo e cortisone) da parte della corteccia surrenale.

È utilizzata dagli atleti per sfruttare l'aumento nel circolo sanguigno di cortisonici, ottenendo, così una maggiore attività antinfiammatoria ed antidolorifica.

Viene inoltre ricercato l'effetto anabolizzante ed emodoping, dovuto alla induzione, mediata da forti dosi di ACTH stesso, di un transitorio aumento dell'ormone della crescita. I rischi ed i possibili danni, conseguenti all'uso doping di ACTH (che, come specialità medicinale, non è disponibile in Italia e quindi l'approvvigionamento è del tutto illegale) sono rappresentati da depressione delle difese immunitarie (con comparsa, ad esempio, di bronchiti croniche e frequenti infezioni virali e/o batteriche), cefalee, vertigini, disturbi muscolari, fragilità ossea, fragilità cutanea,

disturbi gastrointestinali, possibile insorgenza di diabete mellito, possibili reazioni anafilattiche (anche fatali), insonnia e fragilità nervosa. Altri ormoni peptidici utilizzati a scopo doping sono l'insulina e il fattore di crescita insulino-simile (IGF-1).

L'*insulina* (noto ormone prodotto dal pancreas, nelle cellule β delle isole di Langerhans) regola l'utilizzazione del glucosio nell'organismo, in particolare nelle fibrocellule muscolari striate e stimola, tra l'altro, la sintesi delle proteine.

Quest'ultimo effetto è quello ricercato da chi fa un uso doping di insulina in quanto viene ipotizzato una sorta di "effetto anabolizzante" (messo in relazione con l'aumento della protidosintesi) che, comunque, non è stato mai del tutto comprovato da studi scientifici.

Nel mondo sportivo, l'insulina è consentita solo in caso di terapia a soggetti affetti da diabete mellito insulino-dipendente.

Dobbiamo ricordare che l'uso, a scopo doping, di insulina, anche se temporaneo, può provocare crisi ipoglicemiche che possono essere di varia gravità, fino alla morte.

Altri rischi sono l'anemia emolitica da rottura dei globuli rossi, miocardiopatie, aritmie cardiache, facilità agli edemi da ritenzione idrica.

Il *fattore di crescita insulino-simile* (IGF-1) è un ormone prodotto principalmente dal fegato nel periodo della pubertà ed in tale fase di età viene utilizzato in medicina per la terapia di alcune patologie relative a mancata crescita.

In ambito doping viene utilizzato per sfruttare gli stessi effetti (con gli stessi rischi e danni) ricercati con l'uso dell'ormone della crescita.

Le cause che possono portare alla pratica del hormone-doping sono molteplici e possono essere riferite, ad esempio:

1. alla necessità di trovare, nelle "qualità" del farmaco, una pronta risposta di risultati con un rafforzamento, seppur ricercato in modo scorretto, nella motivazione a continuare l'attività agonistica;
2. al senso di inadeguatezza a raggiungere il traguardo prefissato con possibilità di sviluppare problemi comportamentali come la "nikefobia" (cioè paura del successo) oppure la "frustrazione da sconfitta";
3. alla necessità di controllare l'ansia nelle sue varie manifestazioni (ansia di attesa o tensione pre-gara, ansia derivante da situazioni ambientali, ecc.);
4. alla necessità (certamente non ultima, tra le cause che stiamo elencando) di considerare i "risvolti economici" legati al risultato della prestazione sportiva.

Anche l'approccio all'uso dell'hormone-doping può essere tra i più vari, potendosi riferire, ad esempio, come il frutto di:

1. indicazioni del medico o del preparatore atletico;
2. consigli di altri atleti;
3. imitazione di un campione che usa (o si ritiene che usi) determinati farmaci o metodiche;
4. ricorso a suggerimenti di persone ritenute "esperte del settore";
5. sperimentazione ed autovalutazione personale;
6. "ricerche" e letture svolte anche su mezzi informatici (internet). ✍

Bibliografia essenziale

- American Psychiatric Association, *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Washington D.C., USA, 1994.
- Bruni A., *Farmacognosia Generale e Applicata*, Piccin, Padova, 1999.
- Ghizzo M., "Inside doping - passato presente futuro", *Sport e Medicina* 2000; 17(n. 3): 34-8.
- Giada F., Conte R., Palatini P., "Effetti farmacologici e tossicità degli steroidi anabolizzanti", *MED SPORT* 1999; 52:61-71.
- International Olympic Committee, "Medical Commission Prohibited Classes of Substance and Prohibited Methods", 2000.
- Marmo E., *Farmacologia Generale e Speciale*, UTET, Torino, 1991.
- Rossi R., Gambelunghe C., Melai P., Micheletti A., Parisse I., Sommavilla M., Rufini S., "Sintomi psichiatrici e dipendenza provocati dall'uso di steroidi anabolizzanti", *MED SPORT* 2000; 53:173-7.

Tabagismo e cute

*A. De Siena**, *G. Falvo***, *F.M. Larussa****, *F. Anastasio****

Il Tabagismo è strettamente correlato a malattie respiratorie, cardiovascolari e neoplasie ma, anche a livello cutaneo, specie nelle nazioni più industrializzate, si associa ad una maggiore prevalenza di numerose patologie quali, ad esempio, eczemi e psoriasi. Peraltro le prime segnalazioni di un rapporto tra tabacco ed aspetto "vecchieggiante" della cute compaiono su Lancet nel 1856, mentre la paternità del termine "smoker's face" è contesa tra H. Ippen, dermatologo di Goettingen e l'inglese Douglas Model. Rugosità accentuata, dilatazione degli osti follicolari, gonfiore palpebrale, ritardata e difettosa guarigione delle ferite, accentuazione del photo-aging sono, con maggiore incidenza nel sesso femminile, solo alcuni dei principali danni cutanei nei fumatori. Allo stato attuale delle conoscenze, la patogenesi della smoker's face, sembra multifattoriale, riconducibile, essenzialmente, alle seguenti cause:

- Attività Citolesiva, Azione Mutagena, Stress Ossidativi (in particolare aumento del contenuto in lipoperossidasi del film idrolipidico cutaneo).
- Ipossia Tissutale: da vasocostrizione; da aumento della quota di emoglobina legata al monossido di carbonio; da ridotta ventilazione alveolare conseguente alla BPCO del fumatore.
- Disidratazione Epidermica da alterata cinetica cellulare provocata dalla riduzione dell'attività locale dei retinoidi, inattivati dal benzopirene; da iperstimolazione dei recettori nicotinici cheratinocitari con conseguente desensibilizzazione e riduzione del contenuto di Natural Moisturizing Factor (NMF), il che provoca: riduzione del turgore epidermico, secchezza cutanea e rugosità; da alterazioni ossidative dei lipidi intercorneocitari.

* U.O. Tabagismo - Ser.T. Lamezia Terme ASL n. 6.

** Direttore Dipartimento delle Dipendenze ASL n. 6.

*** U.O. Dermatologia Ospedale Lamezia Terme (Dir. Resp. F. Anastasio).

- Degradazione della Matrice Connettivale, ascrivibile ai seguenti meccanismi:
 - a) incremento del cross-link del collagene dovuto all'acetaldeide, che si libera dalla combustione del tabacco;
 - b) ridotta sintesi del collagene, attribuita alla nicotina;
 - c) denaturazione ossidativa dell'elastina da parte dell'ossido nitrico;
 - d) stimolazione delle MMP (metallo proteinasi) che sono capaci di idrolizzare le catene polipeptidiche.

Resta ancora da dimostrare una possibile azione dei prodotti della combustione del tabacco nell'indurre una disordinata sintesi dell'elastina.

In definitiva la condivisione di numerosi vie effettrici di tossicità cellulare giustifica diversi affinità cliniche tra la patologia cutanea attinica e la smoker's face dando ragione dell'effetto sinergico tra le due forme di aggressione.

Vi sono tuttavia nuove ed importanti evidenze sperimentali e cliniche che dimostrano l'autonomia dei meccanismi effettori del danno da fumo rispetto a quello fotoindotto. ☞

Bibliografia essenziale

- Yin L., Morita A., Tsuji T., "Skin aging induced by ultraviolet exposure and tobacco smoking: evidence from epidemiological and molecular studies", *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2001 Aug; 17(4):178-183.
- Lahmann C., Bergemann J., Harrison G., Young A.R., "Matrix metalloproteinase-1 and skin ageing in smokers", *Lancet* 2001; (Mar. 24); 357(9260): 935-936.
- Monfrecola G., Riccio G., Savarese C., Posteraro G., Procaccini E.M., "The acute effect of smoking on cutaneous microcirculation blood flow in habitual smokers and nonsmokers", *Dermatology* 1998; 197(2):115-8.

RECENSIONE



Celeste Franco Giannotti

Dipendenze: la qualità della cura nei servizi

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso, direttore scientifico Alfio Lucchini
pp. 240, € 19,50 - Cod. 231.3 (V)

La qualità di una prestazione terapeutica - e, per estensione, di un Servizio di cura - dipende essenzialmente da tre elementi: la capacità professionale degli operatori, le procedure adottate per erogare le prestazioni terapeutiche e il contesto e le condizioni in cui avvengono gli atti terapeutici.

Questo libro pone l'attenzione sugli ultimi due aspetti, perché gli interventi terapeutici, le prestazioni professionali, la clinica, abbia-

no il massimo dell'efficacia e raggiungano gli obiettivi desiderati, innanzi tutto dal paziente.

Dopo aver dato una definizione univoca di alcuni concetti fondamentali - tossicodipendenza, tossicodipendente, consumatore, esito - spesso utilizzati in modo superficiale se non stereotipato, l'autore esamina situazioni che si verificano all'interno del Servizio e che il Servizio stesso crea.

Vengono analizzati gli atteggiamenti, i rapporti, le relazioni, gli strumenti, le situazioni proprie dei pazienti che si rivolgono al Servizio: la fase, delicatissima e decisiva, del primo contatto, la ricerca diagnostica, indispensabile per interventi causali e non casuali, il trattamento e le condizioni da rispettare se si vogliono ottenere risultati positivi, sino all'esito finale dell'intervento terapeutico.

Il testo rappresenta un utile stimolo di riflessione per quanti operano nel servizio sanitario o socio-sanitario.

Celeste Franco Giannotti, psicologo, per anni responsabile del Ser.T. di Guastalla (RE) e del Servizio per le Tossicodipendenze della Regione Emilia Romagna, collabora con l'Istituto Superiore di Sanità su tematiche relative alle droghe sintetiche e ricreative. Consulente per enti pubblici e privati, è autore, con P. Ugolini, del volume *Valutazione e prevenzione delle tossicodipendenze* (FrancoAngeli, 1998).

Ancora un aspetto della comorbidità psichiatrica, associata alla dipendenza alcolica, trattato con completezza negli aspetti teorici e di programma terapeutico riabilitativo

La complessità nel trattamento riabilitativo della comorbidità psichiatrica associata all'alcoldipendenza

E. Manzato, R. Sassi*, S. Faustini*, C. Biasin*, G. Cifelli**

Introduzione

La Consensus Conference della Società Italiana di Alcologia nel 1994 ha dato la seguente definizione "L'alcolismo è un disturbo a genesi multifattoriale (biopsicosociale) associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo", che mette in risalto la complessità e la multidimensionalità dell'alcoldipendenza relativamente alla genesi multifattoriale ed alla diversità di espressione della sofferenza che si manifesta sia nella vita quotidiana che nella pratica clinica all'interno delle Strutture di Base e dei Servizi Socio Sanitari Specialistici delle Aziende ULSS e nelle Agenzie Riabilitative del Privato Sociale.

In realtà, la complessità si presenta in molti aspetti dell'alcoldipendenza e del suo trattamento riabilitativo: nei fattori di sviluppo e di mantenimento, nelle manifestazioni cliniche e sociali, nelle modalità di presentazione della richiesta di aiuto, nella valutazione diagnostica d'ingresso e in quella dell'andamento e dell'esito del trattamento riabilitativo, negli obiettivi, nelle tipologie e nei setting del trattamento riabilitativo, nelle caratteristiche richieste ai terapeuti e nell'organizzazione dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale, che costituiscono la Rete Alcolologica del Sistema delle Dipendenze.

Questa complessità, inoltre, rimanda alla necessità di integrazione dei Servizi coinvolti nei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione ed all'attuazione di percorsi riabilitativi di rete.

Un primo ordine di complessità si riferisce allo sviluppo ed al mantenimento dell'alcoldipendenza, che sono determinati in misura diversa da fattori genetici e neurobiologici (vulnerabilità psicobiologica, effetto gratificante e incentivo dell'alcol, tolleranza, astinenza e craving), psichici e relazionali (carenze di personalità, situazioni emotive e relazionali negative, situazioni di stress, distress somatico e disturbi psichiatrici e di personalità), sociali, ambientali e culturali (disponibilità e rappresentazioni sociali dell'alcol, gruppo sociale di riferimento incentivante, difficoltà sociali e condizioni conflittuali interpersonali e familiari) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

La base neurobiologica dell'alcoldipendenza è uno degli aspetti di complessità, essa è rappresentata dalla disregolazione del Sistema della Gratificazione (Sistema Mesolimbocorticale), che è costituito da diversi Sistemi Neurotrasmettitoriali di cui il Sistema Dopaminergico rappre-

senta la via finale comune; questi sistemi in modo complesso interagiscono a cascata determinando la sensazione di benessere psicofisico (gratificazione).

Il risultato finale di questa interazione a cascata è l'aumento della dopamina nel Nucleus Accumbens, che è analogo per le diverse sostanze psicoattive d'abuso, indipendentemente dalle vie neurobiologiche percorse e dai recettori coinvolti dalle diverse classi di sostanze psicoattive.

Questo Sistema "a Ricompensa", oltre che dalle sostanze psicoattive d'abuso, è attivato fisiologicamente dagli stimoli gratificanti naturali (cibo, acqua, sonno e attività sessuale), ma è anche stimolato da comportamenti ad alta carica emotiva e patologici (gioco d'azzardo, internet, videogames, disturbi alimentari, ...).

Il ripetuto consumo dell'alcol determina una ipersensibilizzazione delle strutture cerebrali del Sistema della Gratificazione con aumento dell'intensità nella percezione degli stimoli associati all'alcol.

Il correlato clinico di questa disregolazione è il craving, che è il desiderio intenso, intrusivo ed incontrollabile dell'effetto conosciuto della sostanza psicoattiva, che mitiga la sensazione di malessere psicofisico; questo desiderio può diventare irresistibile in presenza di "stimoli" interni alla persona ed ambientali e favorisce la ricaduta (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

La ricaduta nell'uso dell'alcol da parte degli alcolodipendenti già disintossicati è un evento comune e una componente costante nella storia clinica dei disturbi da uso di alcol e del loro trattamento riabilitativo; a questo riguardo anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'alcoldipendenza come un disturbo cronico recidivante e con decorso caratterizzato da periodi di remissione parziale o totale e da periodi di ripresa del comportamento d'abuso (7, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19).

Le situazioni ad alto rischio di ricaduta e gli indicatori di rischio della stessa rappresentano importanti aspetti di complessità.

Le situazioni ad alto rischio di ricaduta sono: stati emotivi negativi e positivi, disturbi psicopatologici, condizioni conflittuali interpersonali, familiari, lavorative e di studio, pressione incentivante del gruppo sociale di riferimento, condizioni fisiche negative, disponibilità della sostanza ed occasioni.

Gli indicatori di rischio di ricaduta sono: fisiologici (sintomi di astinenza e di craving, affaticamento, ...), comportamentali (diminuzione o cessazione delle attività orientate alla riabilitazione, evitamento del Sistema di Assistenza, isolamento, comportamento impulsivo in altre aree della vita, aumento dell'uso di farmaci non prescritti, ...), cognitivi (ricordo euforico dei "vecchi tempi", credenza di controllo del consumo

* Servizio Alcologia - Ser.T. 1 Az. ULSS 21 - Regione Veneto, Ospedale di Zevio (Verona).

dell'alcol e delle altre sostanze psicoattive, dubbio della propria capacità di mantenere l'astinenza, considerazione che l'astinenza sia tutto, minimizzazione dei problemi, ...), affettivi (ansia, depressione, senso di colpa, solitudine, vuoto, rabbia, ostilità, senso di abbandono, mancanza di speranza, ...), interpersonali e sociali (isolamento, ritorno nel gruppo dei consumatori, pressioni da parte degli amici, sabotaggi manifesti da parte dei familiari, problemi e conflitti interpersonali, mancanza di fiducia nelle persone, ...) e psicodinamici (negazione, proiezione, razionalizzazione, intellettualizzazione, ...).

Lo sviluppo della conoscenza degli indicatori di rischio di ricaduta ed il rafforzamento della capacità di gestire le situazioni emotive, i conflitti interpersonali e familiari e le pressioni sociali sono obiettivi importanti della riabilitazione e vengono ricercati mediante un counselling "evolutivo" come parte integrante del trattamento riabilitativo o mediante lo specifico counselling di prevenzione della ricaduta (7, 18, 19, 20, 21, 22).

Un altro aspetto di complessità collegato al craving ed alla ricaduta, come "stimolo" interno negativo, è la comorbidità psichiatrica associata, che nella pratica clinica all'interno delle Strutture del Sistema delle Dipendenze si evidenzia sempre più sia come disturbi psichiatrici in asse I del DSM IV che come disturbi di personalità in asse II.

Molti studi nazionali ed internazionali rilevano come l'abuso di alcol e di altre sostanze psicoattive si accompagni o segua la comparsa di disturbi psicopatologici, producendo quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili; questi disturbi sono rappresentati sia dalla comorbidità vera che da quella spuria (disturbi indotti), che è costituita da quadri di delirium, demenza e disturbo amnestico, da disturbi psicotici, dell'umore, d'ansia e del sonno e da disfunzioni sessuali, in cui il disturbo psichico è direttamente collegato all'uso protratto ed intenso dell'alcol; questi disturbi indotti normalmente scompaiono alla sospensione delle sostanze psicoattive, ma in alcuni casi permangono come disturbi residui (disturbo mentale organico indotto).

Il problema di questi quadri clinici complessi di comorbidità psichiatrica investe il consumo di tutte le sostanze psicoattive (oppiacei, cocaina e "nuove droghe": alcol trasgressivo da solo od associato a cannabis, ecstasy, LSD, ...) usate largamente nelle fasce di età tra i 15 e 45 anni.

Questi "disturbi doppi" sono pertanto una condizione clinica che richiede una maggior attenzione da parte dei clinici del Sistema delle Dipendenze.

La maggioranza degli studi nazionali e internazionali sulla comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive sottolinea l'eterogeneità delle diagnosi psichiatriche effettuate nei pazienti in trattamento e la prevalenza variabile fino al 90% per i disturbi di asse I del DSM IV e fino al 90-100% per i disturbi di asse II.

I disturbi di asse I più frequenti sono i disturbi dell'umore (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico e disturbo bipolare) e d'ansia (disturbo d'ansia generalizzato, da attacchi di panico, fobia sociale e disturbo post traumatico da stress), ma sono presenti anche i disturbi psicotici (schizofrenia e disturbi schizoaffettivi), i disturbi dell'alimentazione (bulimia nervosa e disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato) e i disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo patologico ed internet addiction).

I disturbi più frequenti di asse II sono quelli del cluster B e C (disturbo antisociale, borderline, narcisistico, evitante e

dipendente), ma sono presenti anche quelli del cluster A ed il ritardo mentale; inoltre sono presenti anche i temperamenti affettivi e, infine, non deve essere misconosciuta l'importanza della codipendenza (dipendenza relazionale) che, come forma primaria o secondaria, è presente sia nei dipendenti da sostanze psicoattive che in molti coniugi, partner e familiari di alcolodipendenti e dipendenti da altri comportamenti additivi, manifestandosi mediante numerosi disturbi psicosomatici, psichiatrici e di personalità (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

Programma alcologico e per la comorbidità psichiatrica

Un secondo ordine di complessità si riferisce al trattamento riabilitativo dell'alcolodipendenza. In ragione della complessità e della multidimensionalità dell'alcolodipendenza, nel trattamento riabilitativo della stessa, risulta importante agire contemporaneamente sui diversi fattori di mantenimento, mediante l'utilizzo di farmaci specifici per i fattori neurobiologici, per la comorbidità psichiatrica e per le patologie alcol-correlate, di supporto per i fattori psicologici e di assistenza per i fattori sociali; questi interventi coordinati costituiscono le strategie del Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.), organizzato dal Servizio di Alcologia - SERT 1 c/o Ospedale di Zevio (Verona) in sinergia con il Sistema delle Dipendenze (Dipartimento per le Dipendenze).

Il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) della comorbidità psichiatrica nell'alcolodipendenza, come programma specializzato del secondo ambito di intervento della Rete Alcolologica Regionale, è stato organizzato per dare una risposta ai bisogni degli alcolodipendenti comorbili o "duali" (doppia diagnosi), in sintonia con l'area prioritaria "popolazioni speciali" definita dalla D.G.R. n. 3869 del 3.11.1999 "Approvazione modello regionale di intervento in campo alcologico. Criteri per il finanziamento di programmi specializzati in campo alcologico". I pazienti che vengono inseriti nel trattamento sono gli alcolodipendenti con disturbi psichiatrici e di personalità con integrazione sociale di base ed adeguati per un programma riabilitativo a medio-lungo termine per la prevenzione della ricaduta. I nuclei familiari partecipano al programma riabilitativo (4, 5, 7, 24, 31, 32, 33).

Trattamento riabilitativo integrato (T.R.I.)

Per la comprensione e la gestione dei diversi aspetti della complessità e della multidimensionalità sopra descritte, che si estrinsecano nelle manifestazioni cliniche e sociali degli alcolodipendenti e dei loro familiari che afferiscono al Servizio, è stato costruito un modello alcologico di trattamento, il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.), come programma intensivo e riabilitativo di prevenzione della ricaduta, che è gestito dall'équipe pluriprofessionale del Servizio, in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari e le Strutture Riabilitative del Sistema delle Dipendenze.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) prevede cinque fasi (33).

La **1ª FASE Accoglienza-Diagnosi** è sviluppata mediante una valutazione multiprofessionale e multidimensionale, clinica e con questionari, scale di valutazione e indagini psicodiagno-

stiche; inoltre è prevista una valutazione con tecniche strumentali.

La valutazione multidimensionale è dinamica, da varie fonti e con vari strumenti, inizia con il reclutamento del paziente ed è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo con periodicità significativa.

È prevista una valutazione globale dell'équipe curante e una autovalutazione da parte del paziente con scale di self report. Specificatamente per quanto riguarda l'assessment psicodiagnostico, esso si sviluppa in itinere (nei primi 2-3 mesi) secondo due fasi diagnostiche standard (diagnosi di I e di II livello) ed una fase di approfondimento specifico per ogni paziente.

Il I livello diagnostico si prefigge la valutazione dello stato tossicologico (alcol ed eventuali altre sostanze psicoattive), medico e della condizione socioambientale e legale, l'individuazione di eventuali disturbi psicopatologici e la definizione della diagnosi di dipendenza, l'indicazione del livello di gravità complessiva e la motivazione al trattamento, per la scelta "provvisoria" del trattamento riabilitativo personalizzato.

Il II livello ha per obiettivi la descrizione della personalità del paziente, la rilevazione di disturbi psichiatrici e di personalità concomitanti all'abuso dell'alcol, per identificare il trattamento riabilitativo integrato più adeguato alla gravità della dipendenza, alle caratteristiche di personalità del paziente ed alla gravità dei disturbi psichiatrici e di personalità.

La valutazione diagnostica, mediante la diagnosi medica-psicologica-psicopatologica e l'indagine socio-ambientale, permette di comprendere la complessità approfondendo la storia d'abuso, il contesto familiare e sociale, le caratteristiche psicologiche e i disturbi psicopatologici di asse I e II al DSM IV, con l'obiettivo di costruire il progetto riabilitativo personalizzato (abbinamento) (33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46).

La **II^a FASE Programma Intensivo - Stabilizzazione o Disintossicazione** è sviluppata mediante diversi interventi coordinati ed ha come obiettivo la stabilizzazione o la disintossicazione, la motivazione al trattamento e l'individuazione del trattamento riabilitativo personalizzato.

La **III^a FASE Trattamento Riabilitativo per la Prevenzione della Ricaduta** è sviluppata mediante un trattamento riabilitativo integrato a medio-lungo termine (farmacologico, psicoterapeutico e socioriabilitativo) in coordinamento con il Sistema delle Dipendenze.

Gli interventi coordinati previsti e possibili sono: trattamento di prevenzione della ricaduta, trattamento della comorbidità psichiatrica, trattamento delle patologie correlate, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale e/o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto-aiuto, trattamento di comunità, inserimento lavorativo.

La riabilitazione psicosociale dell'alcoldipendente è attuata con il coinvolgimento del nucleo familiare e della comunità sociale come individui, gruppi e collettività (sistemi di aiuto informali, quasi formali e formali). In riferimento a quanto già definito relativamente alla complessità ed alla multidimensionalità dell'alcoldipendenza e della comorbidità psichiatrica associata, il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.), come Programma Globale, combina elementi del trattamento della dipendenza da alcol e del trattamento del disturbo psichiatrico, è gestito in un'unica struttura da operatori esperti in entrambi i settori e unificato secondo la metodologia del management del caso.

Le componenti fondamentali del Programma Globale sono quattro: sostituto della dipendenza chimica (dipendenza benigna da un terapeuta o da un'istituzione), trattamento dei disturbi psichiatrici e di personalità (management del caso, lavoro di rete, counselling, trattamento psicofarmacologico, psicoterapia, supporto di auto-aiuto o comunità terapeutica), astinenza forzata (trattamento per la dipendenza con farmaco anticraving, modulatore della ricompensa, avversativo e psichiatrico, controllo dei metaboliti urinari e sistema sociale di sostegno) e cambiamento strutturale e crescita della personalità (psicoterapia) (4, 7, 24, 29, 31, 32, 33).

In specifico, per quanto riguarda il trattamento farmacologico per la dipendenza e per la comorbidità psichiatrica, al termine della fase di disintossicazione, per aiutare l'alcoldipendente a rimanere astinente ed in uno stato di compenso psicobiologico, è prescritto un protocollo terapeutico protratto per un tempo medio-lungo, basato sull'utilizzo, all'interno di un trattamento riabilitativo integrato, dell'alcolmimetico GHB o del modulatore della ricompensa Naltrexone o dell'avversativo Disulfiram, associati eventualmente a farmaci psichiatrici in correlazione alla specifica comorbidità psichiatrica e/o di personalità. Il tempo medio del trattamento è variabile dai 6 ai 12 mesi con una possibile continuazione ai 24 mesi, con modalità specifiche relative all'induzione, al mantenimento ed alla sospensione.

Il trattamento farmacologico della dipendenza prevede un trattamento in tre fasi:

I^a fase, induzione per la remissione sintomatologica (1 settimana),

II^a fase, mantenimento per la prevenzione della ricaduta (6-12 mesi),

III^a fase, sospensione del trattamento (1 settimana).

In situazioni cliniche specifiche può essere prevista una continuazione della fase di mantenimento per la prevenzione della ricaduta (1-2 anni).

In situazioni ad alto rischio di ricaduta può essere previsto un trattamento periodico (1-3 mesi).

L'induzione e la sospensione sono gradualità. Il dosaggio del GHB nelle tre fasi di induzione (1 settimana), mantenimento (6-12 mesi) e sospensione (1 settimana) è rispettivamente di 20-100 ml/die per le prime due fasi e di 10-20 ml/die nell'ultima fase; il dosaggio del Naltrexone è di 25-50 mg/die nella fase di induzione e di 50 mg/die nelle altre due fasi; il dosaggio del Disulfiram è di 200-400 mg/die nella fase di induzione e di 200-300 mg/die nelle altre due fasi.

Il GHB è un farmaco alcolmimetico antiastinenziale, anticraving e di aggancio per i pazienti poco motivati e di mantenimento (controindicato per i pazienti con gravi disturbi impulsivi della personalità); il Naltrexone è un farmaco modulatore della ricompensa di mantenimento per i pazienti con scarso consumo e motivati; infine, il Disulfiram è un farmaco avversativo di mantenimento per i pazienti motivati e consapevoli e può essere utilizzato in successione al GHB (47, 48, 49, 50, 51, 52, 53).

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica e di personalità associata, il trattamento prevede l'uso di psicofarmaci specifici per il disturbo psicopatologico, nelle dosi e nei tempi adeguati: antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici e ipnotici (benzodiazepine e non) ed antipsicotici tipici ed atipici; il trattamento psicofarmacologico consigliato è simile a quello dei disturbi psichiatrici semplici, con alcune indicazioni specifiche fondamentali per la complian-

ce al trattamento, come la mancanza di interazioni farmacologiche avverse ed effetti indesiderati, la monosomministrazione, la limitazione dell'uso delle benzodiazepine che presentano un potenziale d'abuso e di dipendenza, preferendo il Buspirone 15-60 mg/die o lo Zolpidem 5-20 mg/die, gli antipsicotici Perfenazina 4-40 mg/die o Aloperidolo 2-40 mg/die o Risperidone 2-6 mg/die o Olanzapina 2,5-20 mg/die o utilizzando l'antidepressivo NASSA Mirtazapina 15-60 mg/die o l'SNRI Venlafaxina 75-375 mg/die o gli SSRI Citalopram 20-60 mg/die o Paroxetina 20-60 mg/die o Sertralina 50-200 mg/die. Sono indicati anche gli stabilizzatori dell'umore Acido Valproico 500-1500 mg/die o Carbamazepina 400-1600 mg/die.

Il trattamento psicofarmacologico della comorbidità di personalità è attuato mediante il trattamento dei disturbi di asse I o, in loro assenza, mediante un approccio dimensionale, secondo il quale il discontrollo affettivo è trattato con antidepressivi SSRI o SNRI o NASSA o stabilizzatori dell'umore, il discontrollo ansioso è trattato con ansiolitici "non" benzodiazepinici o con antidepressivi SSRI o SNRI o NASSA, il discontrollo impulsivo-aggressivo è trattato con antipsicotici tipici o atipici a basse dosi o antidepressivi SSRI o SNRI o stabilizzatori dell'umore, il discontrollo cognitivo è trattato con antipsicotici tipici o atipici a basse dosi (30, 31, 33, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 56).

La **IV^a FASE Follow up** è sviluppata mediante un protocollo di valutazione specifico basato sulla valutazione clinica multidimensionale, su questionari, scale di valutazione e indagini psicodiagnostiche e su tecniche strumentali ai tempi pre-stabiliti (1°, 3°, 6°, 12°, 18° e 24° mese).

La **V^a FASE Fine programma** è gestita in accordo con il paziente, la famiglia e il Servizio e/o la Struttura Riabilitativa (33, 46).

Il trattamento farmacologico per la dipendenza accoppiato a quello per la comorbidità psichiatrica, seguendo alcune indicazioni specifiche, trova il suo uso razionale nel controllo dei fattori neurobiologici e psicopatologici, nel rafforzare la motivazione, nel diminuire il rischio di abbandono precoce e nel favorire la permanenza attiva nei programmi riabilitativi psicosociali rivolti allo sviluppo delle potenzialità psicologiche e relazionali e al cambiamento dello stile di vita, affinché il paziente possa gestire i comuni eventi stressanti e le situazioni a rischio.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.), di necessità, prevede il trattamento contemporaneo dei disturbi psichiatrici e di personalità associati come comorbidità, in quanto la comorbidità psichiatrica, assieme alle altre caratteristiche individuali (organizzazione/disorganizzazione dello stile di vita precedente, caratteristiche di personalità, meccanismi di difesa, motivazione e stile di interazione con il contesto ambientale), interferisce nel processo di cambiamento degli alcoldipendenti, determinando la resistenza al cambiamento e la tendenza all'abbandono precoce ed alla ricaduta.

La comorbidità psichiatrica vera e spuria devono essere trattate con un trattamento farmacologico specifico, mediante farmaci psicoattivi senza potenziale d'abuso, supporto psicosociale e psicoterapeutico organizzati come programma acuto di stabilizzazione per il compenso psicobiologico e programma a medio-lungo termine di mantenimento per la prevenzione della ricaduta (7, 8, 29, 33, 47).

Il trattamento psicofarmacologico, come aspetto di complessità del Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) da conside-

rare con attenzione, ha alcuni punti critici relativi alla sua efficacia, che è opportuno valutare attentamente: il potenziale d'abuso, le interazioni farmacologiche avverse, il momento più opportuno d'inizio, la compliance, la resistenza e la collaborazione tra operatori del Ser.T. - Servizio Alcologia e tra Servizi Socio Sanitari Pubblici e Strutture Riabilitative Private del Sistema delle Dipendenze.

Il trattamento psicofarmacologico è attuato con una strategia personalizzata, concordata (consenso informato) e flessibile, mediante induzione graduale con basse dosi, mantenimento con dose minima efficace, monitoraggio regolare e prolungato, durata individualizzata e sospensione graduale.

Inoltre è previsto un lavoro sulla non compliance (insofferenza per gli effetti indesiderati, insoddisfazione per il mancato beneficio correlato ad aspettative irrealistiche disattese e per situazioni transferali/controtransferali della relazione clinico-paziente) che dipende dal farmaco per l'efficacia, per gli effetti indesiderati e per la resistenza, ma anche dall'ambiente sociale (atteggiamento del gruppo sociale di riferimento verso il trattamento farmacologico) e dal contesto terapeutico, sia come setting di prescrizione e di somministrazione che come aspetti relazionali (relazione terapeutica "sufficientemente buona") ed interventi psicosociali associati.

È previsto anche un ulteriore lavoro sulle possibili resistenze al farmaco (farmaco come oggetto di critica e di giudizio, come sostituto della condivisione, come generatore di dipendenza, come occasione di deresponsabilizzazione, come rimedio onnipotente, come prova di malattia organica, come sostituto relazionale, come veleno e come sfida alla capacità del medico) (24, 29, 33, 54, 55, 57, 58, 59, 60).

Il trattamento riabilitativo psicosociale, associato al trattamento farmacologico anticraving e con psicofarmaci, viene attuato mediante interventi diversificati come counselling individuale e/o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, inserimento in cooperative di lavoro e inserimento in comunità terapeutiche residenziali o diurne.

Il trattamento riabilitativo deve rispondere in modo adeguato ai diversi bisogni dei pazienti, al fine di evitare i rifiuti, gli abbandoni e le ricadute precoci, i comportamenti a rischio (impulsività, aggressività, abuso di sostanze psicoattive, ...), i fallimenti dei trattamenti di riabilitazione ed il rischio di cronicizzazione spontanea e/o iatrogena (4, 7, 20, 24, 33, 61, 62, 63).

I pazienti comorbili o "duali", oltremodo, necessitano di un trattamento personalizzato al fine di assestare i diversi trattamenti del programma riabilitativo e, tra i tre modelli di trattamento riabilitativo cui fa riferimento l'attuale letteratura scientifica (Seriale, Parallelo e Integrato), quello integrato sembra rispondere meglio alle esigenze dei pazienti e degli operatori coinvolti nel Sistema delle Dipendenze.

L'approccio multidisciplinare e integrato, in cui sono considerati i diversi aspetti della vita del paziente e che permette una presa in carico globale, è basato sulla tecnica del management del caso, come procedura di coordinamento di prestazioni e di responsabilizzazione degli operatori coinvolti riguardo ai risultati del loro lavoro.

Il management del caso si configura come un processo integrato di definizione, implementazione, valutazione e revisione di un trattamento composito, finalizzato ad individuare i bisogni della persona ed a soddisfarli nella maniera più ade-

guata, considerando le risorse disponibili e riconoscendo che tali bisogni sono unici per ogni persona.

Il manager del caso risulta il coordinatore ed il tessitore dei vari trattamenti istituzionali e non, attuati sul paziente ed è il responsabile del funzionamento dell'intero Sistema di Assistenza.

Il modello integrato ed il management del caso sono due metodologie che permettono di comprendere e gestire la complessità e la multidimensionalità e favorire l'integrazione; inoltre dovrebbero divenire la piattaforma condivisa per costruire protocolli operativi tra i Servizi (Servizi di Alcolologia, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche) del Sistema delle Dipendenze per la presa in carico e la gestione assistenziale dei pazienti comorbili, con l'obiettivo primario di condividere la fase valutativa, gli approfondimenti diagnostici (clinici e strumentali), la tipologia dei trattamenti e dei programmi e gli indicatori di trattamento e le verifiche, per una presa in carico che diverrà appunto globale e integrata, evitando la "separazione dei luoghi di cura" (64, 65, 66, 67, 68, 69).

L'uso degli psicofarmaci in associazione con la psicoterapia, come pratica clinica molto comune ed in rapida espansione, è un altro aspetto di complessità presente nel Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.), che necessita di una gestione corretta per migliorare la qualità e l'efficacia del trattamento riabilitativo.

Questa tecnica combinata, definita "psicoterapia ad orientamento farmacoterapeutico", è basata sull'evidenza che il trattamento farmacologico aiuta a ridurre l'irritazione, l'ostilità e l'aggressività e migliora la comunicazione, le relazioni interpersonali e la partecipazione al processo psicoterapeutico, mentre la psicoterapia aiuta il paziente ad accettare uno psicofarmaco.

Secondo questa tecnica terapeutica l'efficacia del counseling, della psicoterapia individuale e di quella di gruppo è accresciuta dall'uso degli psicofarmaci, e ciascuna delle due tecniche può aiutare l'altra; la psicoterapia, infatti, aiuta il paziente ad accettare lo psicofarmaco, mentre il trattamento psicofarmacologico aiuta a superare la resistenza ad iniziare o a proseguire la psicoterapia (4, 57, 58, 70, 71).

Il terapeuta psichiatra, oltre a gestire gli effetti terapeutici del farmaco, i suoi effetti indesiderati ed i progressi del paziente, deve lavorare in modo da integrare e sinergizzare le due tecniche terapeutiche.

Il terapeuta psichiatra, oltre ad una approfondita preparazione in una o più tecniche psicoterapeutiche, deve possedere una estesa conoscenza della psicofarmacologia, riguardo alle indicazioni, alle controindicazioni, alla farmacodinamica, alla farmacocinetica, alle interazioni farmacologiche ed agli effetti indesiderati di ciascun psicofarmaco, oltre alla posologia corretta ed al tempo di trattamento.

Inoltre, deve "essere sicuro" e considerare i disturbi psichici come eventi biopsicosociali e non separare la psiche dal corpo; deve, cioè, avere un modello interpretativo unitario in cui il disturbo viene interpretato come un'interazione tra processi biologici e psicologici (disturbo biopsicosociale) (4, 58, 70, 71).

Il terapeuta psichiatra, come in ogni tipo di trattamento psicoterapeutico, deve essere cosciente delle proprie emozioni cosce ed inconse (controtransfert).

Deve essere consapevole della propria irritazione e rabbia di fronte al paziente che non segue il trattamento farmacologi-

co prescritto, evitando un comportamento negativo (autoritario, minaccioso, punitivo o di rifiuto).

Deve inoltre essere consapevole dei propri atteggiamenti psicologici nei confronti dei farmaci: eccessiva prescrizione di farmaci legata alla rabbia e all'impotenza, induzione del senso di colpa nel paziente, collusione con la mancanza di compliance per dimostrare la gravità del paziente, tendenza al maltrattamento ed all'allontanamento del paziente, mancanza di empatia e paura che il paziente possa arrabbiarsi. Gli psicofarmaci non possono sostituire l'alleanza terapeutica, non sono una scorciatoia terapeutica e non possono rimpiazzare il coinvolgimento intenso del terapeuta psichiatra che conduce la psicoterapia.

È necessario evitare le prescrizioni farmacologiche "nichiliste", determinate dal non credere nella psicoterapia e nella motivazione del paziente o le assenze di prescrizioni determinate dalla sopravvalutazione della psicoterapia o le assenze di prescrizioni determinate dalla sottovalutazione degli psicofarmaci.

Ogni paziente deve essere valutato individualmente, considerando il rapporto rischio-beneficio in modo che l'individuo non venga punito, privato delle cure adeguate o trattato in modo inadeguato.

Nel caso di un disturbo da uso di sostanze psicoattive, di un disturbo borderline di personalità o di un rischio suicidiario il trattamento con psicofarmaci è essenziale (4, 58, 71).

È importante che il terapeuta psichiatra abbia chiari, anche, gli aspetti del transfert del paziente che influenzano la compliance: il terapeuta è vissuto come autoritario o controllante, il terapeuta minaccia gli atteggiamenti di contro dipendenza del paziente, il paziente avverte il terapeuta come una figura materna che avrà cura dei suoi bisogni e, pertanto, assume un atteggiamento passivo, il paziente rifiuta l'aiuto per sconfiggere il terapeuta, il paziente sviluppa un transfert verso il farmaco ed il terapeuta è vissuto come eccessivamente arrendevole nell'approccio psicoterapeutico (4, 58, 71).

Il trattamento psicofarmacologico è più utilizzato nell'ambito della psicoterapia ad orientamento psicodinamico supportivo-espressivo, in quanto questo tipo di psicoterapia è associato all'offerta di consigli, alla guida terapeutica e ad altri fattori relazionali, con minor difficoltà ad usare psicofarmaci per il terapeuta ed il paziente.

Anche nella psicoterapia di gruppo l'uso associato di psicofarmaci può contribuire a ridurre il ritiro, l'isolamento, l'evitamento, la timidezza, l'ostilità ed altri sintomi psichiatrici che interferiscono con le interazioni sociali, che sono fondamentali per la coesione, l'apprendimento interpersonale, l'attivazione della speranza, l'identificazione e per altri fattori terapeutici propri della psicoterapia di gruppo.

Analogamente il trattamento psicofarmacologico è utilizzato per aumentare l'efficacia del trattamento cognitivo, di quello comportamentale e di quello interpersonale (58).

Se persiste una resistenza al trattamento combinato, è opportuno che il terapeuta psichiatra consideri i fattori di resistenza alla compliance: malattia preferibile alla salute, punizione avvertita come meritata, malattia negata a causa della stigmatizzazione, identificazione inconscia con un familiare "malato" respinta e fattori psicologici prevalenti sugli effetti farmacologici.

La compliance, cioè il grado di adesione alle raccomandazioni del clinico, aumenta quando la relazione terapeuta-

paziente è positiva ed il rifiuto di assumere il farmaco può essere espressione di un transfert negativo, in quanto il paziente non riesce ad esprimere la sua ostilità direttamente al clinico, ma lo fa indirettamente mediante la non compliance, mentre per il resto egli appare ben disposto e collaborativo (4, 58, 71).

La prescrizione del trattamento psicofarmacologico può incrinare l'autostima del paziente, in quanto egli può sentirsi "più grave" o inadatto alla psicoterapia, per cui è necessario esplorare le reazioni emozionali del paziente in modo da far emergere paure, sentimenti di inadeguatezza e timori inespresi.

In molti casi, invece, i farmaci aiutano il paziente ad aumentare la propria autostima e conseguentemente a migliorare il suo funzionamento in diverse aree di vita e ad affrontare meglio gli stress della vita quotidiana, cosicché la sua autostima migliora ulteriormente (58).

Lo psichiatra terapeuta prescrive gli psicofarmaci per specifici segni e sintomi, che poi sono usati come indicatori di valutazione per verificare l'efficacia dello psicofarmaco stesso sia dallo psichiatra che dal paziente.

È necessario che il terapeuta psichiatra fornisca più informazioni possibili, anche se alcuni disturbi psichiatrici possono interferire sulla capacità di comprensione del paziente.

Una presentazione "sincera" spesso fa meno paura delle fantasie negative del paziente sul trattamento farmacologico (58).

L'atteggiamento ambivalente per gli psicofarmaci da parte di alcuni pazienti è collegato alla confusione nei confronti del trattamento psicofarmacologico, in quanto esiste la credenza di non poter più controllare la propria vita e di diventare dipendenti dal farmaco stesso e di doverlo assumere per sempre.

È necessario spiegare la differenza tra le sostanze psicoattive d'abuso e gli psicofarmaci, in particolare i farmaci antidepressivi, gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici non inducono dipendenza.

Inoltre, è opportuno spiegare se il trattamento farmacologico è cronico (a mantenimento) e se il piano terapeutico lo prevede, con il progredire del trattamento stesso, responsabilizzare il paziente all'aggiustamento della dose, cosicché si sentirà meno controllato dal farmaco e potrà sentire di avere un rapporto di collaborazione con lo psichiatra terapeuta.

I farmaci che non comportano alcun rischio come gli antidepressivi, gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici sono molto usati nel trattamento dei disturbi d'ansia, depressivi, psicotici e di personalità associati in comorbilità (58).

Un aspetto della complessità, che nel Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) deve essere considerato, sono i fattori determinanti l'efficacia del trattamento riabilitativo, che sono rappresentati dalle variabili relative al paziente, dalle differenti tecniche del trattamento e dalle caratteristiche del terapeuta, che è un fattore fondamentale nell'efficacia della psicoterapia.

In particolare, per quanto riguarda il terapeuta, l'efficacia psicoterapeutica dello stesso consiste nell'entità del miglioramento clinico e nel mantenimento in trattamento del paziente.

L'efficacia del terapeuta si estrinseca nei risultati osservabili nel paziente (miglioramento tossicologico e psicopatologico e della qualità della vita) dopo il trattamento riabilitativo

rispetto a prima e nella percentuale di mantenimento in trattamento (72, 73, 74).

Le caratteristiche del terapeuta che favoriscono l'efficacia psicoterapeutica sono rappresentate da caratteristiche inerenti il trattamento e da quelle extraterapeutiche.

Tra le prime risulta fondamentale la capacità di instaurare una buona relazione interpersonale nell'ambiente della seduta (empatia, calore umano, spontaneità, cordialità, rispetto, concretezza, comprensione, protezione, sostegno, ...) ed una buona alleanza terapeutica.

Altre due caratteristiche importanti sono la mancanza di "effetti" negativi trasmessi dal terapeuta (disprezzo, biasimo, collera, irritazione, ansia, rifiuto, controllo, trascuratezza, ...) e "l'ortodossia" delle tecniche terapeutiche applicate, come conformità del terapeuta alle prescrizioni di un protocollo terapeutico.

Anche la formazione specifica nel settore delle dipendenze, la competenza professionale, l'esperienza, il setting adottato e la soddisfazione del paziente sono importanti (24, 72, 73, 74).

I tratti specifici e necessari per i terapeuti che lavorano con i pazienti con disturbo da uso di sostanze psicoattive sono: maggiore attività, maggiore capacità di tollerare la rabbia del paziente e di controllare la propria, minore rigidità, maggiore fermezza nel far valere i valori, maggiore carisma, maggiore carica emotiva, capacità di trascinare, maggiore attenzione a evitare lotte di potere, maggiore confronto con il paziente, piacere nel lavoro, capacità di gestire i problemi associati alla dipendenza (disturbi psichiatrici, AIDS, ...), forte resistenza al burn out, resistenza al controtransfert negativo (visione del paziente come rifiuto della società, come manipolatore o come meritevole di speciale indulgenza, indifferenza alle lamentele del paziente, cinismo, considerazione a priori del paziente come bugiardo, ostilità, desiderio di controllo, sorvolare su regole fondamentali, permissività, far trasparire la noia, sollecitudine esagerata, interruzione del trattamento, rinuncia ed espressione di sentimenti altalenanti e intensi) (73, 74, 75, 76).

Anche l'abbinamento (matching) con il trattamento comunitario residenziale o semiresidenziale, oltre a quello con il trattamento di psicoterapia individuale o di gruppo o di auto aiuto, rappresenta un aspetto della complessità del Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) che deve essere gestito in modo corretto ed efficiente; la proposta di inserimento confluisce all'interno dell'équipe curante anche in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari Pubblici e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale, ed è attuata grazie ad una preliminare mappatura delle Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne, secondo criteri organizzativi e terapeutici e mediante delle procedure che costituiscono il processo di abbinamento (77).

Per migliorare la gestione terapeutica degli alcolodipendenti comorbili, inoltre, è necessaria una costante attenzione e verifica dell'ambiente terapeutico (équipe curante, contratto terapeutico, trattamenti diversificati, ...), dei processi di trattamento e dei risultati ed una formazione e supervisione del personale.

A questo riguardo, deve essere anche ricordata la necessaria integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale e con le Strutture Riabilitative per "Doppia Diagnosi", che passa attraverso lo sviluppo di una cultura condivisa (conoscenze e linguaggio comuni relativi agli aspetti neurobiologici, farmaco-

logici, psicologici, psichiatrici, assistenziali, diagnostici, riabilitativi e psicoterapeutici) e mediante l'attivazione di protocolli di intesa e operativi, frutto di una comunicazione e di una valutazione continua della pratica clinica quotidiana e di una formazione e supervisione comuni (24, 68, 78, 79, 80, 81, 82, 83).

Per la gestione della complessità e della multidimensionalità del Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) e per migliorare i risultati dello stesso, infine, è stato implementato un modello di valutazione dell'organizzazione operativa (programma) e del protocollo di trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta (verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento) mediante un sistema di Qualità.

Il sistema gestito dagli operatori dell'équipe pluriprofessionale, prevede le modalità di raccolta dei dati, i tempi di raccolta, gli strumenti e gli indicatori (output e outcome) (46).

Conclusioni

La costruzione del modello alcologico di Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) ha permesso di comprendere e di gestire la complessità e la multidimensionalità dell'alcol-dipendenza, definendo i campi e le modalità del trattamento farmacologico e psicosociale e la loro integrazione.

Il trattamento farmacologico per la dipendenza e per la comorbidità psichiatrica e di personalità, rimuovendo o attenuando il craving e i disturbi psicopatologici, mitiga il disagio interno e relazionale e il maladattamento sociale e rende le persone più disponibili all'alleanza terapeutica ed al coinvolgimento nei trattamenti riabilitativi psicosociali.

Per contro, il trattamento psicosociale migliora la compliance al trattamento farmacologico e permette di identificare i problemi fondamentali e di affrontare le conflittualità interne e relazionali e sviluppa l'autostima, la fiducia interpersonale, la capacità di comunicazione e l'abilità nei confronti dell'ambiente favorendo un nuovo stile di vita con un migliore adattamento nelle aree di vita individuale, familiare, lavorativa e sociale.

Infatti, il lavoro riabilitativo sui diversi aspetti della comorbidità psichiatrica nell'alcol-dipendenza, con la circolarità delle acquisizioni nelle varie aree, favorisce il miglioramento della personalità (guarigione del vero Sé) (5, 9, 26). ✍

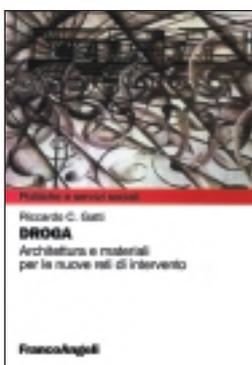
Bibliografia

- Jellinek E.M., *The disease concept of alcoholism*, University Press, New Haven, 1960.
- Donovan J.H., "An etiological model of alcoholism", *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986.
- Blum K., Payne J.E., "L'approccio biopsicosociale al trattamento: frustrazioni e progressi", in Blum K., Payne J.E., *Alcol e predisposizione cerebrale alla dipendenza*, Mediserve, Milano, 1994.
- Gabbard G.O., "Disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi dell'alimentazione", in Gabbard G.O., *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaele Cortina, Milano, 1995.
- Ceccanti M., Balducci G., "Cos'è la dipendenza da alcol?", in Ceccanti M., Balducci G., *La sindrome da astinenza da alcol. Basi fisiopatologiche, diagnosi e trattamento*, Mediserve, Milano, 1996.
- Galimberti G., Giorgetti V., Lucchini A., Strepparola G., "Alcol e codipendenze", in Lucchini A., Greco C., Cerizza G., *Il profilo professionale dell'alcolologo*, FrancoAngeli, Milano, 1999.
- Cibin M., Ravera R., Nardo M., Manzato E., Zavan V., "La prevenzione della ricaduta: aspetti biologici e psicoeducativi", in Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G., *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Leardini, Venezia, 2001.
- Gessa G.L., Muntoni F., Collu M., Vargiu L., Mereu C.P., "Low doses of ethanol activate dopaminergic neurons in the ventral tegmental area", *Brain Research*, 348, 1995.
- Blum K., Kozlowski G.P., "Ethanol and neuromodulator interactions: a cascade model of reward", in Ollat H., Parves S., Parves H., *Alcohol and Behavior*, VSP Press, Utrecht, 1990.
- Di Chiara G., "Neurobiologia delle tossicodipendenze", in Gori E., Muller E., *Basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze*, Pythagora Press, Milano, 1992.
- Blum K., Payne J.E., "Verso la definizione di un modello biochimico della dipendenza da alcol. I meccanismi molecolari della gratificazione", in Blum K., Payne J.E., *Alcol e predisposizioni cerebrali alla dipendenza*, Mediserve, Milano, 1994.
- Di Chiara G., "Psicobiologia delle tossicodipendenze", in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle tossicodipendenze*, Leonard, Verona, 1996.
- Blum K., Braverman E.R., Holder J.M., Lubar J.F., Monasta V.J., Miller D., Lubar J.O., Clen T.J., Comings D.E., "Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behavior", *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 2000.
- Colombo G., Agabio R., Vacca G., Gessa G.L., "Basi neurobiologiche dell'alcolismo", in Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G., *L'alcolologia nell'ambulatorio di medicina generale*, Leardini, Venezia, 2001.
- Marlatt G.A., "Craving notes", *British Journal of Addiction*, 82, 1987.
- Cibin M., "Craving: psychopathology and clinical aspects", *Alcolologia*, 3, 1994.
- Maremmani I., Zolesi O., "Il Craving", in Maremmani I., Zolesi O., *Craving*, Pacini, Pisa, 1998.
- Cummings C., Gordon J.A., Marlatt J., "Relapse: prevention and prediction", in Millar W.R., *The addictive behaviours*, Pergamon, NewYork, 1980.
- Marlatt G.A., Gordon J.R., *Relapse prevention*, Guilford, New York, 1985.
- Marlatt G.A., Barrett K., "Prevenzione delle ricadute", in Galanter M., Kleber D.H., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive*, Masson, Milano, 1998.
- Katz R., Ney N.H., "La prevenzione della ricaduta", in Brown S., *Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero*, Erikson, Trento, 1997.
- Gallant D., "Alcol", in Galanter M., Kleber H., *Trattamento dei Disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
- Schuckit M.A., Hesslerbrock V., "Alcohol dependence and anxiety disorders. What is the relationship?", *American Journal of Psychiatry*, 151, 1994.
- Woody G.E., McLellan A.T., O'Brien C.P., Luborsky L., *Affrontare la comorbidità psichiatrica*. Basis, 8, 1994.
- Lastrico A., Berlincioni V., Bianchi A., Bressani R., Cappellini M., Mazzola G., Politi P., Risaro P., De Martis O., *Abuso-dipendenza da alcol e comorbidità psichiatrica*, Minerva Psichiatrica, 2, 1996.
- Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C., "Personality disorders (DSM-III-R, DSM-IV): prevalence in alcoholics and influence on drop out from treatment", *Alcolologia*, 1, 1996.
- Driessen M., Veltrup C., Wetterling T., John V., Dilling H., "Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two-types of alcoholism. Alcoholism", *Clinical and Experimental Research*, 22, 1, 1998.
- Madeddu F., Movalli M.G., Prunas A., "I disturbi psichiatrici di asse I e asse II (DSM IV) nell'Alcol-dipendenza", in Manzato E., Barbera G., *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbidità psichiatrica nell'alcol-dipendenza"*, Litozetate, Zevio (Verona), 2000.
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., Guareschi R., "Alcol e disturbo mentale: principi di trattamento", in Cibin M., Mazzi

- M., Rampazzo L., Serpelloni G., *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Leardini, Venezia, 2001.
30. Pancheri P., "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi", in Pancheri P., *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*, Scientific Press, Firenze, 2002.
 31. Gerra G., "I farmaci per il trattamento della comorbidità psichiatrica", in Gerra G., *Tossicodipendenza e alcolismo*, Mediserve, Milano, 1998.
 32. Gerra G., "I Trattamenti psicosociali", in Gerra G., *Tossicodipendenza e alcolismo*, Mediserve, Milano, 1998.
 33. Manzato E., "Il Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbidità psichiatrica nell'alcolodipendenza", in Manzato E., Barbera G., *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbidità psichiatrica nell'alcolodipendenza"*, Litozetatre, Zevio (Verona), 2000.
 34. Lifitk J., "La valutazione", in Brown S., *Alcolismo terapia multidimensionale e recupero*, Erickson, Trento, 1997.
 35. Nace E.P., "Il paziente con doppia diagnosi", in Brown S., *Alcolismo terapia multidimensionale e recupero*, Erickson, Trento, 1997.
 36. Gerra G., *La diagnosi dopo la disassuefazione. In Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio pratico*, Mediserve, Milano, 1998.
 37. Schottenfeld R.S., "Valutazione del paziente", in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
 38. Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E., *Assesment and identification. In Male depression, alcoholism and violence*, Martin Dunitz Ltd, London, 2000.
 39. De Battisti L., Barbera G., Cifelli G., Rossi C., Corso A., Manzato E., "L'assessment psicodiagnostico per la comorbidità psichiatrica", in Manzato E., Barbera G., *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbidità psichiatrica nell'alcolodipendenza"*, Litozetatre, Zevio (Verona), 2000.
 40. Lucchini A., Strepparola G., "Strumenti diagnostici indicati sull'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici", in Lucchini A., *La diagnosi dei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
 41. Rounsaville B.T., "Diagnosi dei disturbi psichiatrici di asse I nella tossicodipendenza", in Lucchini A., *La diagnosi dei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
 42. Ball S.A., "Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento", in Lucchini A., *La diagnosi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
 43. Cifelli G., Manzato E., Biasin C., "L'assessment diagnostico nella pratica clinica", *Mission*, 7, 2003.
 44. Schuckit M.A., "Obiettivi del Trattamento", in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
 45. Gerra G., "Matching paziente-trattamento", in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio pratico*, Mediserve, Milano, 1998.
 46. Manzato E., Biasin C., Cifelli G., Faccini M., Gianfilippi G., "Metodo e strumenti di valutazione della riabilitazione nella pratica clinica", *Mission*, 6, 2003.
 47. Maremmani I., Balestri C., "Alcolismo: clinica e terapia", in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli R., *Medicina delle Tossicodipendenze*, Leonard, Verona, 1996.
 48. Ciraulo D.A., Shader R.I., Ciraulo A.M., Grenblatt D.J., Von Moltke L.L., "Alcolismo e suo trattamento", in Shader R.I., *Manuale di terapia psichiatrica*, Momento Medico, Salerno, 1996.
 49. Garbut J., West S.L., Corey T.S., Lohr K.N., Crews F.T., "Pharmacological treatment of alcoholism dependence. A review of the evidence", *JAMA*, 14, 1999.
 50. Cibin M., Zavan V., Manzato E., "La prevenzione della ricaduta", in Manzato E., Barbera G., *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbidità psichiatrica nell'alcolodipendenza"*, Litozetatre, Zevio (Verona), 2000.
 51. Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., "Clinica e terapia dei disturbi da uso di sostanze. Farmaci che riducono l'uso di alcol, cocaina ed oppiacei", in Maremmani I., *Manuale di neuropsicofarmacologia, psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pacini, Pisa, 2001.
 52. Addolorato G., Gasbarrini G., "Farmacoterapia dell'Alcolismo", in Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G., *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Leardini, Venezia, 2001.
 53. Addolorato G., Gasbarrini G., "Farmacoterapia dell'alcolismo", *Annali Italiani di Medicina*, 17, 2, 2002.
 54. Zavan V., Cibin M., "Alcolismo e disturbi mentali", in Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I., *Alcol e medico di famiglia*, Centro Scientifico, Torino, 1998.
 55. Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., "Farmacoterapia", in Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002.
 56. Ellison J.M., Shader R.I., "Trattamento farmacologico dei disturbi di personalità: un approccio dimensionale", in Shader R.I., *Manuale di terapia psichiatrica*, Momento Medico, Salerno, 1996.
 57. Aguglia E., Baiocchi P., De Vanna M., "Le terapie combinate", *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 3, 1994.
 58. Kaplan H.I., Sadock B.J., "Associazione di psicoterapia e farmacoterapia", in Kaplan H.T., Sadock B.J., *Farmaci in psichiatria*, Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1997.
 59. Gentile N., Cibin M., Cima L., "Farmacoterapia dell'alcolodipendenza", in Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I., *Alcol e medico di famiglia*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
 60. Mencacci C., Doria S., "Come posso aiutare il mio farmaco", *Living with Schizophrenia*, 4, 2002.
 61. Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., "Modelli terapeutici e case management", in Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002.
 62. Galanter M., "Terapia di rete nell'intervento ambulatoriale", in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
 63. Bonetti A., "Gli interventi psicologici nella tossicodipendenza secondo un'ottica relazionale", in Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., *Eroina. Infezione da HIV e patologie correlate*, Leonard, Verona, 1995.
 64. Durrell J., Lechtenberger B., Corse S., Frances R.J., "Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances", *Hospital and Community Psychiatry*, 5, 1993.
 65. Hemming M., Yellowlees P., "An evaluation study of clinical case management using clinical case management standards", *Journal of Mental Health*, 6, 1997.
 66. McNeese-Smith D.K., "Programs directors views on the effects of managed care on substance abuse programs in Los Angeles Country", *Psychiatric Services*, 10, 1998.
 67. Milesi A., Clerici M., "Conclusioni: il paziente in 'doppia diagnosi'. Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale", *Noos*, 2, 2000.
 68. Milesi A., Bertrando P., Peroni D., Clerici M., "Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da sostanze psicoattive in comorbidità psichiatrica", in Mosti A., Clerici M., *Lungo il confine. Tossicodipendenze e comorbidità*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
 69. Hall J., Carswell C., Walsh E., Huber D.L., Jampoler J.S., "Il case management nel trattamento della tossicodipendenza", *Lavoro Sociale*, 1, 2003.
 70. Karasu T.B., "Psychotherapy and pharmacotherapy: toward and integrative model", *American Journal of Psychotherapy*, 139, 1982.
 71. Beitman B.D., Klerman G.L., "Integration pharmacotherapy and psychotherapy", *American Psychiatric Press*, Washington, 1991.
 72. Luborsky L., McLellan A.T., Woody G., O'Brien C., "Therapist success and its determinants", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985.

73. Najavits L.M., Strupp A., "Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study", *Psychotherapy*, 31, 1994.
74. Najavits L.M., Weiss R.D., "Rassegna degli studi sulle differenze di efficacia del terapeuta nel trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive", *Basis*, 1994.
75. Kaufman E., Reaux J., "Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 1988.
76. Yaliso D., "Psychoanalytic approaches to alcoholism and addiction: treatment and research", *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 1989.
77. Sassi R., Faustini S., Manzato E., "Le procedure operative per la scelta del trattamento comunitario residenziale, con attenzione alla doppia diagnosi", *Mission*, 2003.
78. Biondi F., Dimauro P.E., "La doppia diagnosi in una prospettiva istituzionale", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 4, 2001.
79. Pani P.P., "Tempi e completezza della diagnosi. Ruolo della psichiatria nella gestione della tossicodipendenza", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
80. Gerra G., "Servizi di Salute Mentale e Ser.T.: Prospettive future", *Living with Schizophrenia*, 5, 2002.
81. Rigliano P., "La questione della doppia diagnosi: come ripensare alle dipendenze", in Rigliano P., Rancilio L., *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi"*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
82. Fea M., "FeDerSerD e il tema della comorbilità", *Mission*, 7, 2003.
83. Lucchini A., "Tossicodipendenza e comorbilità. Considerazioni introduttive", in Mosti A., Clerici M., *Lungo il confine. Tossicodipendenza e comorbilità*, FrancoAngeli, Milano, 2003.

RECENSIONI



Riccardo C. Gatti

DROGA Architettura e materiali per le nuove reti di intervento

Collana: Politiche e servizi sociali
pp. 192, € 16,00 - Cod. 1130.173 (U)

- la de-istituzionalizzazione dell'intervento in campo sanitario e sociale con progressiva parificazione del pubblico, del privato no-profit e del privato profit.

L'attuale sistema di intervento è quindi destinato a cambiare profondamente... ma come?

Le analisi e le sintesi qui proposte, senza rinunciare a critiche dure e motivate che denunciano le attuali carenze, delineano lucidamente il disegno di una serie di nuove prospettive.

Il testo, scritto in modo scorrevole e chiaro, si rivolge in primis a chi, impegnato professionalmente a diversi livelli, opera nel settore delle dipendenze, a chi se ne occupa dal punto di vista della politica, dell'amministrazione o dell'informazione, ma anche a chi professionista o imprenditore, voglia valutare l'opportunità di investire le proprie risorse in questo ambito.

Tre sono le situazioni che mettono in discussione l'organizzazione e il significato dell'attuale sistema di intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo nel campo delle dipendenze, finora basato sul duopolio pubblico-privato sociale:

- la trasformazione del mercato della droga che, mediante strategie simili a quelle della "grande distribuzione", si rivolge con successo, alla popolazione generale e non più a determinate fasce sociali o di età;
- il trasferimento di poteri, un tempo tipici dello Stato, alle regioni che, di conseguenza, vengono ad assumere una funzione di governo diretto dell'azione antidroga;

Riccardo C. Gatti, è medico, specialista in psichiatria e psicoterapeuta. Impegnato nell'ambito della prevenzione, del trattamento e della riabilitazione delle tossicodipendenze dirige il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della Asl Città di Milano. Docente a contratto presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca, svolge anche attività di consulenza, ricerca e supervisione clinica ed organizzativa. Curatore del sito www.droga.net è autore di numerose pubblicazioni, tra cui *Lavorare con i tossicodipendenti* (FrancoAngeli, 1992, 5 ediz. 1996) e *Ecstasy e nuove droghe* (FrancoAngeli, 1997, 2 ediz. 2001).



Felice Nava

MANUALE DI NEUROBIOLOGIA E CLINICA DELLE DIPENDENZE

Prefazione di Gian Luigi Gessa
Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso, direttore scientifico Alfio Lucchini
pp. 464, € 28,50 - Cod. 231.2.2 (U)

ne dei modelli psicologici e degli interventi di comunità terapeutica nell'approccio alla tossicodipendenza. Nei successivi capitoli, secondo un approccio nosografico, vengono analizzate tutte le sostanze d'abuso: alcol, caffeina, cannabinoidi, club drugs, cocaina, inalanti, nicotina, oppiacei, sedativi ipnotici, steroidi anabolizzanti. Di ognuna viene descritta la farmacologia, i meccanismi d'azione, la clinica e i principi di trattamento. Chiude il manuale una bibliografia ricca di riferimenti dettagliati ed aggiornati.

Per la tematica analizzata e il taglio utilizzato il manuale rappresenta uno strumento di studio, aggiornamento e riferimento per quanti - operatori sanitari e sociali - lavorano nel campo della clinica delle dipendenze.

Il volume raccoglie - per la prima volta in Italia - in maniera sistematica i principali temi della preclinica e clinica delle dipendenze. Nei primi capitoli vengono presentati temi generali come la neurobiologia, la farmacologia delle sostanze d'abuso e la valutazione diagnostica del tossicodipendente. Segue una dettagliata descrizio-

Felice Nava, medico e neuropsicofarmacologo, si è formato presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Cagliari. Dopo alcuni anni presso il *Department of Pharmacology* dell'Università di Londra ed il *Laboratory of Neuropsychopharmacology* dell'Università della California ad Irvine, attualmente è dirigente medico presso il Ser.T. di Castelfranco Veneto.

Durante il Congresso tematico nazionale di FeDerSerD tenutosi a Milano l'8 e 9 marzo sul tema "Le forme della integrazione", sono stati assegnati i premi "Molteni per la Tossicodipendenza" per lavori scientifici nel campo della farmacoeconomia e della riabilitazione, prodotti da professionisti dei servizi italiani. La valutazione è stata curata da una commissione formata dal Comitato scientifico nazionale e dall'Ufficio di Presidenza di FeDerSerD. Pubblichiamo il lavoro che ha primeggiato nel settore farmacoeconomia e il lavoro primo classificato nel settore metadone e reinserimento

Valutazione dell'efficacia del trattamento a mantenimento con metadone rispetto al trattamento a mantenimento con buprenorfina in termini di costo/efficacia

C. D'Ambra*, N. Caso**, A. Apicella**, A. Ciaramella***, A. Pizzirusso****

Introduzione

La farmacoeconomia è la descrizione e l'analisi dei costi di una terapia farmacologica sostenuta dal sistema sanitario e dalla società.

Sotto il profilo operativo, la farmacoeconomia è la valutazione delle relazioni tra costi e conseguenze di uno o più programmi terapeutici: un programma terapeutico di tipo farmacologico richiede il consumo di risorse economiche (cioè determina dei costi) e dà luogo a dei prodotti cioè a dei risultati o *outcomes* (Drougalis, 1991).

Ogni decisione comporta delle conseguenze dirette, indirette, reversibili, irreversibili, positive o negative che si manifestano a breve o a lunga distanza di tempo dalla scelta.

La conoscenza delle conseguenze può condizionare la decisione in modo da renderla quanto mai razionale. In campo economico prevale la teoria utilitaristica e viene assunto come criterio di razionalità il raggiungimento del massimo beneficio per la popolazione a partire dai costi: la decisione viene assunta in base al rapporto costo/beneficio ed è ritenuta razionale e ragionevole la scelta che comporti il maggior beneficio per unità di costo sostenuto.

Per quanto concerne l'Addiction Drug i problemi e le patologie ad essa correlati rivestono una notevole importanza nel campo socio-sanitario sia dal punto di vista della valutazione degli interventi che dell'analisi dei costi.

Il trattamento farmacologico ha lo scopo fondamentale di stabilizzare la eroinopatia nei pazienti che afferiscono ai Centri delle Dipendenze, contenendo i comportamenti compulsivi, favorendo la riduzione del *craving* e un miglior adattamento psicosociale.

Attualmente, nel nostro paese due sono i farmaci registrati per il trattamento della eroinopatia: il metadone cloridrato e la buprenorfina cloridrato.

Il metadone fu sintetizzato da un chimico tedesco durante la seconda guerra mondiale, quando gli Stati Uniti ed i loro alleati interruppero ai tedeschi i rifornimenti di oppio naturale.

Il metadone (MTD), che si presenta in modo sorprendentemente diverso dagli altri oppioidi agonisti, ha delle forze steriche che producono una configurazione estremamente simile a quella degli altri oppioidi.

In altre parole le forze steriche piegano la molecola di metadone nella corretta configurazione per legarsi al recettore degli oppiacei.

Il metadone è un *full agonist* dei recettori μ , δ e κ .

È un farmaco a lunga emivita, usato per la prima volta in un trattamento a mantenimento a metà degli anni sessanta da Dole e Nyswander (1965) della Rockefeller University.

Il metadone è ampiamente usato in tutto il mondo ed è tra i trattamenti conosciuti il più efficace nella terapia della dipendenza da eroina (Dole e Joseph, 1978).

L'altro farmaco, registrato recentemente per il trattamento della dipendenza da oppiacei è la buprenorfina cloridrato, derivato fenantrenico potente e ad azione prolungata.

La buprenorfina (Bup) è un agonista parziale dei recettori μ e antagonista dei recettori κ (Cowan e Lewis, 1995; Nutt, 1997).

La sua lunga durata d'azione è imputabile alla lenta dissociazione dai recettori μ (Villiger, 1984).

Scopo del presente lavoro è stato quello di confrontare l'efficacia e la sicurezza del MTD e della Bup in due gruppi di pazienti con dipendenza da oppiacei e in particolare verificare il rapporto costo/efficacia.

Lo studio è stato condotto in quattro Ser.T. della Regione Campania e ha coinvolto 412 pazienti.

Materiali e Metodi

Sono stati osservati nell'arco di 8 mesi 412 pazienti (pts; 390 M e 22 F), con età media di anni 26 ± 9 scelti *a random*.

L'arruolamento è stato fatto mediante il sorteggio dei pazienti già in trattamento con Metadone e Buprenorfina presso le rispettive UU.OO. Ser.T., previa sottoscrizione del consenso informato.

Gruppo con MTD 232 pts (177 M e 15 F); Gruppo con Bup 180 pts (173 M e 7 F).

Sono stati esclusi pazienti con grave abuso di benzodiazepine e con gravi patologie psichiatriche.

All'inizio dello studio osservazionale, i pazienti già valutati secondo i criteri del DSM IV, sono stati sottoposti, dopo il sorteggio, alla somministrazione dell'*Addiction Severity Index* (ASI).

L'ASI è stato utilizzato per verificare che non vi fossero differenze significative tra i due gruppi dei pazienti arruolati.

Durante lo studio, sono stati monitorati gli esami tossicologici (ricerca dei metaboliti degli oppiacei, cocaina, benzodiazepine e Δ^9 -tetraidrocannabinolo), alcuni parametri fisiologici (peso, frequenza cardiaca, pressione arteriosa sistolica e diastolica),

* U.O. Ser.T. di Somma Vesuviana (NA) ASL NA/4.

** U.O. Ser.T. di Salerno ASL SA/2.

*** U.O. Ser.T. DS 46 ASL NA/1.

**** U.O. Ser.T. di Marcianise (CE) ASL CE/1.

parametri ematochimici (GR, GB, piastrine, Ht, proteine, fosfatasi alcalina, VES, ALT, AST, γ GT, glicemia, sideremia, colinesterasi, azotemia, bilirubina totale e diretta).

Il profilo dei segni e sintomi (nausea, euforia, facile stancabilità, sonnolenza, freddo e/o brividi, diarrea, stipsi, sensazione di caldo, dolori diffusi, epigastralgia, orripilazione, irritabilità, cefalea, insonnia, depressione, eccitabilità, prurito, disturbi del ciclo e *craving* vs oppiacei).

Essi sono stati valutati con una scala analogica da 0 a 4 (0 = assente; 1 = lieve 2 = medio; 3 = moderato e 4 = forte). Il *craving* valutato con tale scala è stato validato mediante il *Craving Score* (Weddington e Barry, 1990) comprendente 100 item di valutazione quali-quantitativa.

I dosaggi di Bup utilizzati erano compresi tra 16 e 30 mg/die (Subutex cpr; Essex Italia S.p.A., Milano).

I dosaggi di MTD erano compresi tra 60 e 120 mg/die (Metadone Cloridrato Scir; Molteni & C. S.p.A. Scandicci, Firenze).

A tutti i pazienti in terapia farmacologica è stato proposto un trattamento di sostegno psicosociale.

È stato valutato il costo pro die per singolo paziente del gruppo MTD rispetto al gruppo BUP. Il costo economico del singolo paziente in termini di costo/efficacia è stato valutato rispetto alla *compliance*, agli esami tossicologici, al *craving*, alla *safety*, agli effetti collaterali. I dati sono stati elaborati mediante l'analisi della varianza (ANOVA) e il test del chi quadro secondo *Pearson* quando appropriato con $p < 0,05$ e $0,01$.

Risultati

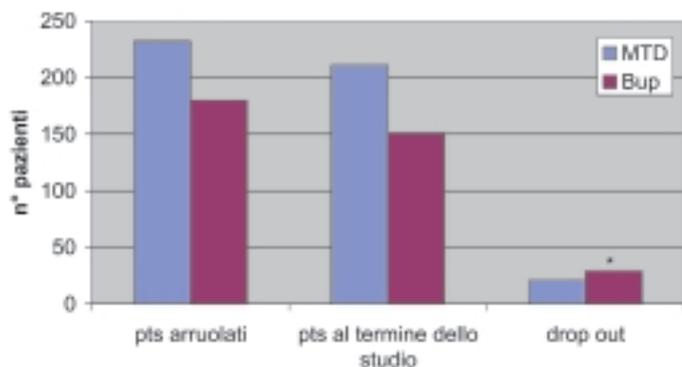
Al termine del periodo di osservazione di mesi otto, dei 232 pazienti arruolati nello studio e in trattamento a mantenimento con MTD (60-120 mg/die), risultavano ancora in terapia 211 pts mentre venivano segnalati 21 casi di drop-out.

Dei 180 pazienti in trattamento con buprenorfina (16-30 mg/die), 151 hanno concluso lo studio e 29 son stati i casi di *drop-out* (fig. 1).

Lo studio dei parametri ematici dei due gruppi trattati con MTD e con Bup ha mostrato un significativo miglioramento degli indici funzionali epatici (transaminasi) (tab. 1 e tab. 2).

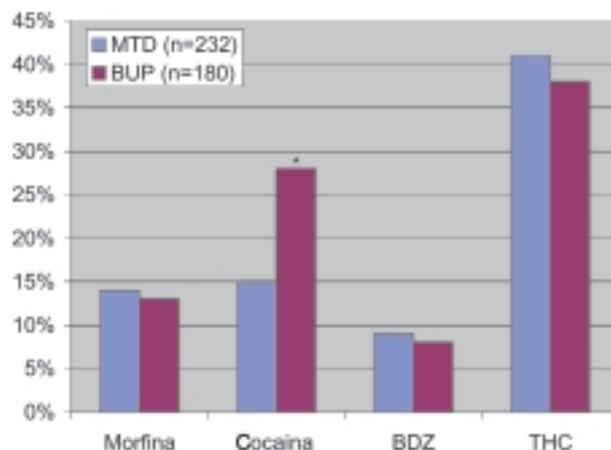
Gli esami tossicologici dei pazienti trattati con Bup eseguiti durante lo studio, indicano una differenza non significativa rispetto al gruppo trattato con metadone per la positività agli oppiacei, benzodiazepine e Δ^9 -tetraidrocannabinolo; tuttavia il gruppo in trattamento metadonico mostra una minore positività alla cocaina, che risulta essere significativa rispetto al gruppo trattato con Bup (fig. 2).

Fig. 1 - Follow-up a otto mesi dei pazienti in trattamento a mantenimento con metadone (MTD; dose compresa tra 60 e 120 mg) e buprenorfina (Bup; dose compresa tra 16 e 30 mg)



* $P < 0,05$

Fig. 2 - Positività degli esami tossicologici dei gruppi trattati con Bup e MTD



* $P < 0,05$

Tab. 1 - Parametri ematologici dei pazienti trattati con metadone (0 = inizio follow-up, dopo 120 giorni e dopo 240 giorni); * $P < 0,05$

Parametri valutati	0	120 gg	240 gg
GR (milioni)	4,8 ± 0,3	4,6 ± 0,2	4,6 ± 0,4
GB (migliaia)	9 ± 0,9	7 ± 0,2	8 ± 0,7
Piastrine (migliaia)	195 ± 4,5	192 ± 2,3	194 ± 3,3
Hb (g/100)	14,8 ± 1,1	15,9 ± 0,5	15,8 ± 0,6
Ht (%)	47 ± 2,2	44 ± 3,0	46 ± 2,9
Proteine (g/100ml)	7,2 ± 0,9	6,9 ± 0,7	7,3 ± 0,3
Fosfatasi alcalina (mU/ml)	80,9 ± 7,2	81 ± 6,1	82 ± 5,8
VES (mm/h)	5,2 ± 0,8	5,8 ± 0,4	5,6 ± 0,5
ALT (IU/L)	79 ± 10	68 ± 8	48 ± 9*
AST (IU/L)	58 ± 6	47 ± 7	39 ± 7*
gGT (IU/L)	50 ± 5	53 ± 4	46 ± 6
Glicemia mg (dL)	82,3 ± 3,4	92 ± 3,2	89 ± 3,0
Sideremia (mg/dL)	70 ± 8	78 ± 6	94 ± 7
Bilirubina totale (mg/dL)	0,89 ± 0,02	0,90 ± 0,02*	0,89 ± 0,03
Bilirubina diretta (mg/dL)	0,21 ± 0,02	0,22 ± 0,01	0,22 ± 0,01
Colinesterasi U/L	8452 ± 120	8897 ± 151	8952 ± 161
Azotemia (mg/dL)	36 ± 4	32 ± 5	36 ± 3

Tab. 2 - Parametri ematologici dei pazienti trattati con buprenorfina (0 = inizio follow-up, dopo 120 giorni e dopo 240 giorni); * $P < 0,05$

Parametri valutati	0	120 gg	240 gg
GR (milioni)	4,5 ± 0,3	4,5 ± 0,2	4,5 ± 0,4
GB (migliaia)	7 ± 0,9	8 ± 0,2	7 ± 0,7
Piastrine (migliaia)	190 ± 4,5	192 ± 2,3	191 ± 3,3
Hb (g/100)	15,5 ± 1,1	16,1 ± 0,5	15,8 ± 0,6
Ht (%)	45 ± 2,2	44 ± 3,0	45 ± 2,9
Proteine (g/100ml)	7,2 ± 0,9	6,7 ± 0,7	7,5 ± 0,3
Fosfatasi alcalina (mU/ml)	80,2 ± 7,2	82 ± 6,1	81 ± 5,8
VES (mm/h)	6,2 ± 0,8	5,7 ± 0,4	5,8 ± 0,5
ALT (IU/L)	76 ± 10	60 ± 8	48 ± 9*
AST (IU/L)	50 ± 6	40 ± 7	35 ± 7*
gGT (IU/L)	54 ± 5	50 ± 4	44 ± 6
Glicemia mg (dL)	91,3 ± 3,4	92 ± 3,2	91 ± 3,0
Sideremia (mg/dL)	97 ± 8	98 ± 6	99 ± 7
Bilirubina totale (mg/dL)	0,99 ± 0,02	0,94 ± 0,03	0,91 ± 0,03
Bilirubina diretta (mg/dL)	0,20 ± 0,02	0,21 ± 0,01	0,20 ± 0,01
Colinesterasi U/L	8546 ± 120	8619 ± 151	8599 ± 161
Azotemia (mg/dL)	38 ± 4	34 ± 5	37 ± 3

Tab. 3 - Parametri fisiologici di pazienti trattati con Bup

Parametri valutati	Basale	120° giorno	240° giorno
Peso kg	61 ± 5	65 ± 9	66 ± 3
FC	73 ± 4	70 ± 6	69 ± 5
PAS	118 ± 8	115 ± 7	116 ± 7
PAD	78 ± 5	77 ± 6	79 ± 5
Temperatura °C	36,4 ± 0,5	36,3 ± 0,3	36,1 ± 0,4

Tab. 4 - Parametri fisiologici di pazienti trattati con MTD

Parametri valutati	Basale	120° giorno	240° giorno
Peso kg	63 ± 6	68 ± 4	67 ± 3
FC	72 ± 3	71 ± 5	67 ± 4
PAS	119 ± 7	117 ± 6	120 ± 4
PAD	77 ± 4	76 ± 5	78 ± 4
Temperatura °C	36,3 ± 0,2	36,1 ± 0,4	36,2 ± 0,2

Tab. 5 - Segni e sintomi dei pazienti trattati con Bup e MTD

	Metadone	Buprenorfina
Nausea	1	1
Ansia	1	1
Euforia/soddisfazione	2	2
Facile Stancabilità	1	1
Diarrea	0	0
Stipsi	3	2
Sensazione di caldo	1	1
Dolori diffusi	0	0
Sonnolenza	1	1
Instabilità	0	0
Cefalea	0	3
Freddo e/o brividi	1	1
Epigastralgia	1	1
Orripilazione	1	1
Irritabilità	1	1
Insomnia	1	1
Depressione	1	1
Eccitabilità	1	1
Prurito	1	1
Disturbi del ciclo	1	1
Craving Vs diacetilmorfina	1	1

Per quanto concerne la *safety*, nessuno dei parametri ematologici (tab. 1 e 2) e fisiologici ha mostrato variazioni significative per entrambi i farmaci (tab. 3 e 4).

Il profilo dei segni e sintomi (nausea, euforia, facile stancabilità, sonnolenza, freddo e/o brividi, diarrea, stipsi, sensazione di caldo, dolori diffusi, epigastralgia, orripilazione, irritabilità, cefalea, insonnia, depressione, eccitabilità, prurito, disturbi del ciclo e craving vs oppiacei) non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi osservati tranne che per la cefalea, relativamente frequente nel gruppo trattato con buprenorfina (tab. 5).

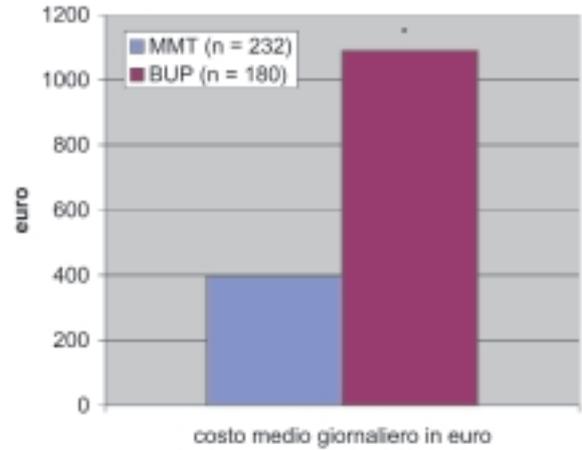
Il costo medio giornaliero per il gruppo trattato con MTD relativamente al solo farmaco è di 398,11 euro; per il gruppo trattato con Bup è di 1090,44 euro.

Nonostante tra i due gruppi (MTD = 232 pts; Bup = 180 pts) ci sia una differenza di 52 pts il costo del metadone risulta essere notevolmente inferiore (fig. 3).

Un dato molto interessante emerso durante lo studio osservazionale è stato rispetto alla *compliance*, dove il gruppo trattato con MTD ha mostrato più aderenza al trattamento rispetto al gruppo con Bup.

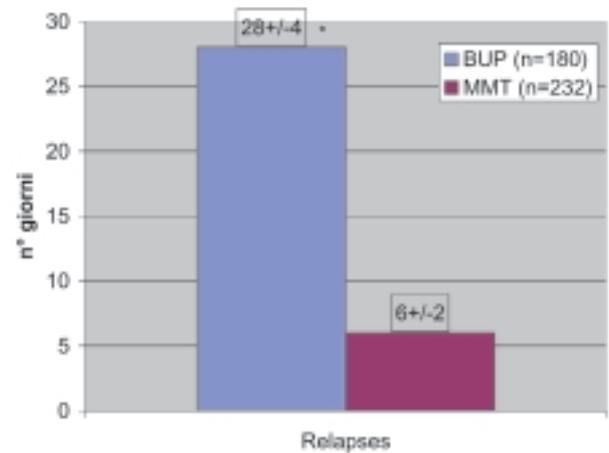
Infatti, lo studio osservazionale ha mostrato che i *drop-out* del gruppo trattato con Bup sono stati significativamente maggiori e i *relapses* più lunghi rispetto al gruppo trattato con MTD (fig. 4).

Fig. 3 - Il costo medio giornaliero per tutto il gruppo MTD riferito al solo farmaco è di 398,11 euro, per la Bup è di 1090,44 euro



* P < 0,01

Fig. 4 - Durata (giorni) dei relapses nel gruppi Bup e MTD



* P < 0,05

Discussione

Il nostro studio conferma i dati presenti in letteratura sull'efficacia e sulla tollerabilità del MTD (Mattick e coll., 2002 a) e della Bup (Auriacombe e coll., 2001; Johnson e coll., 2000; Doran e coll., 2003).

Infatti, il presente lavoro indica che i due farmaci hanno un buon profilo farmacocinetico e farmacodinamico.

Bisogna però, sottolineare che quando il metadone è somministrato a dosaggi adeguati è preferibile alla buprenorfina così come riportato in letteratura (Mattick e coll., 2002 b).

Noi pensiamo che il dosaggio debba essere determinato individualmente a causa delle differenze di metabolizzazione, di peso corporeo e di tolleranza agli oppioidi (Lowinson e coll., 1992).

Il dosaggio di mantenimento adeguato è quello in cui il "craving" (appetizione compulsiva) per gli oppiacei scompare, senza produrre euforia, sedazione o analgesia, per 24-36 ore (Ward e coll., 1992).

Dosaggi di 60-100 mg, ed a volte superiori, sono necessari per la maggioranza dei pazienti (Payte e Khuri, 1993).

Dosi inferiori a 60 mg risultano il più delle volte insufficienti per i pazienti che vogliono abbandonare del tutto l'uso di eroina (Institute of Medicine, Federal Regulation of Methadone Treatment).

Un interessante studio prospettico sui risultati dei trattamenti (Hubbard e coll., 1988), che rappresenta una delle più grandi

ricerche contemporanee sui trattamenti per la dipendenza, mette in evidenza che i pazienti riducono drasticamente l'uso di stupefacenti mentre sono in trattamento, e soltanto meno del 10% di essi continua ad usare eroina settimanalmente o giornalmente dopo appena tre mesi di permanenza in trattamento (Hubbard e coll., 1988) e spesso si registra la riduzione anche dell'uso di altre sostanze psicoattive, inclusa la cocaina (Magura e coll., 1991), le benzodiazepine e l'alcool (Hartog e Tusen, 1987).

Anche il nostro studio ha evidenziato che il gruppo trattato con MTD ha una maggiore negatività delle urine per la cocaina.

Il dato riportato in letteratura (Compton e coll., 1995; Mello e coll., 1989) che la Bup riduce il consumo di cocaina non viene confermato da questo studio.

Gli studi in vivo con microdialisi indicano che la somministrazione di β -endorfine e di agonisti selettivi μ e δ degli oppioidi, a dosi che inducono fenomeni di rinforzo positivi, aumentano il rilascio di dopamina nell'Accumbens, mentre la somministrazione di κ -agonisti (Collins e coll., 2001 a,b) che inducono un effetto aversivante riduce il rilascio di dopamina nell'Accumbens (Blum e coll., 1989).

Si potrebbe ipotizzare che l'attivazione dei μ e δ recettori possa attraverso un aumentato rilascio di dopamina, avviare i processi di rinforzo ed indurre la compulsione all'utilizzo di sostanze psicoattive, mentre la stimolazione dei κ recettori sarebbe responsabile di un ridotto rilascio di dopamina e quindi di una riduzione dei consumi.

La buprenorfina, possedendo un'azione antagonista sui κ recettori, potrebbe non controllare il *craving* per la cocaina; al contrario il metadone essendo anche un agonista κ , ridurrebbe la compulsione all'uso di cocaina, così come è stato dimostrato sperimentalmente con gli agonisti κ (Collins e coll., 2001 a,b).

Lo studio ha altresì evidenziato che durante il trattamento con Bup vi è una moderata incidenza del sintomo cefalea.

Per ciò che attiene ai costi numerosissime ricerche dimostrano che il trattamento con metadone è vantaggioso in considerazione del rapporto costo/efficacia.

Infatti negli USA è stato dimostrato che il trattamento con MTD, che costa in media circa 4.000 dollari per paziente all'anno, riduce il comportamento criminale associato all'uso illegale di sostanze stupefacenti, promuove la salute e migliora la produttività sociale, tutto quello che serve per ridurre i costi sociali della dipendenza da droga.

La carcerazione, a confronto, costa circa 20.000-40.000 dollari per anno. I programmi residenziali costano da 13.000 a 20.000 dollari per anno (Institute of Medicine, Federal Regulation of Methadone Treatment).

Se poi rapportato con l'impiego di un altro farmaco, come nel nostro caso la Bup, è preferibile anche dal punto di vista economico utilizzare il metadone in termini di costo/efficacia.

In conclusione: questi dati evidenziano efficacia e sicurezza per entrambi i farmaci in termini di costo/efficacia, con una netta preferenza per il MTD, relativamente a:

- a) costo del farmaco;
- b) riduzione del consumo di altre sostanze;
- c) aderenza ad interventi psicosociali;
- d) riduzione del *craving*;
- e) miglioramento dello stato di salute. ✎

Bibliografia

Auriacombe M., Franques P., Tignol J., "Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France (Research Letter)", *JAMA*, 285, 2001.
Blum K., Briggs A.H., Trachtenberg M.C., "Ethanol ingestive behavior as a function of central neurotransmission", *Experientia*, 1989 15;45(5):444-52.

Collins S.L., D'Addario C., Izenwasser S., "(a) Effects of kappa-opioid receptor agonists on long-term cocaine use and dopamine neurotransmission", *Eur. J. Pharmacol.*, 426:25-34, 2001.

Collins S.L., Gerdes R.M., D'Addario C., Izenwasser S., "(b) Kappa opioid agonists alter dopamine markers and cocaine-stimulated locomotor activity", *Behav Pharmacol.*, 2001;12(4):237-45.

Compton P.A., Ling W., Charuvastra V.C., Wesson D.R., "Buprenorphine as a Pharmacotherapy for Cocaine Abuse: A Review of the Evidence", *Journal of Addictive Diseases*, 14 (3), 1995.

Cowan A., Lewis J.W., "Buprenorphine: combatting drug abuse with a unique opioid", Wiley-Liss, New York, NY, 1995.

Criminal Justice Institute, *The Corrections Yearbook: Instant Answers to Key Questions in Corrections* (New York: Criminal Justice Institute, 1995).

Dole V.P., "Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction", *Journal of the American Medical Association*, 260(20): 3025-3029, 1988.

Dole V.P., Joseph H., "Long term outcome of patients treated with methadone maintenance", *Annals of the New York Academy of Science*, 311:181-189, 1978.

Dole V.P., Nyswander M.E., "A medical treatment for diacetyl morphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride", *Journal of the American Medical Association*, 193:646-650, 1965.

Doran C.M., Shanahan M., Mattick R.P., Ali R., White J., Bell J., "Buprenorphine versus methadone maintenance: a cost-effectiveness analysis", *Drug and Alcohol Dependence*, 71: 295-302, 2003.

Drougalis J.L.R., Bootman J.L., Larson L.N., Mc Ghan W.F., "Farmacoeconomia: lo stato dell'arte". Edizione italiana a cura di Lucioni C., Centro Informazione Sanitaria (CIS), Milano, 1991.

Hartog J., Tusen D.J., "Valium use and abuse by methadone maintenance clients", *International Journal of Addictions*, 22, 1987.

Harwood H.J., Hubbard R.L., Collins J.J., Rachal J.V., "The cost of crime and the benefits of drug abuse treatment: a cost-benefit analysis using TOPS data", *NIDA Res. Monogr.*, 86:209-235, 1988.

Institute of Medicine, *Federal Regulation of Methadone Treatment*, op. cit., 22.

Johnson R.E., Pharm D., Chutuape M.A., Ph.D., Strain E.C., Walsh S.L., Stitzer M.L., and Bigelow G.E., "A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence", *The New England Journal of Medicine*, 18, 343, 2000.

Lowinson J.H., Marion I.J., Joseph H., Dole V.P., "Methadone maintenance", *In substance abuse: a comprehensive textbook*, 1992.

Magura S., Siddiqi Q., Freeman R.C., Lipton D.S., "Changes in Cocaine Use After Entry to Methadone Treatment", in *Cocaine, AIDS, and Intravenous Drug Use* (New York: Haworth Press, 1991).

Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M., "Terapia con metadone a mantenimento paragonata con terapie che non utilizzano gli oppiacei o con terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei", *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 2002.

Mattick R.P., Kimber J., Breen C., Davoli M., "Buprenorfina a mantenimento paragonata con il placebo o con il metadone a mantenimento per la dipendenza da oppiacei", *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 2002.

Mello N.K., Mendelson M.P., Bree M.P., Lukas S.E., "Buprenorphine suppresses cocaine self-administration by rhesus monkeys", *Science*, 245:859-862, 1989.

Nutt D.J., "Receptor pharmacology of buprenorphine", *Res. Clin. Forums*, 19 (2):9-15, 1997

Payte J.T., Khuri E.T., *Principles of Methadone dose determination. In State Methadone Treatment Guidelines* (Rockville, M.D., U.S. Department of Health Human Services), 1993.

Villiger J.W., "Binding of buprenorphine to opiate receptors", *Neuropharmacol.*, 23 (3):373-375, 1994.

Ward J., Mattick R.P., Hall W., *Key issues in methadone maintenance treatment* (Sydney, New South Wales University Press), 1992.

Weddington W.W., Barry S.B., "Changes in mood, craving, and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts", *Arch. Gentile Psychiatry*, 47:861-868, 1990.

Metadone e inserimenti terapeutico-lavorativi

*Francesco Lamanna**, *Rossana Saviano**, *Stefano Scuotto**, *Maura Tedici**

La dipendenza da eroina è considerata malattia cronica ad andamento recidivante ed anche malattia bio-psico-sociale e, come tale, ha necessità di un approccio che sia il più possibile integrato e multimodale per poter essere risolta e, quindi, è imprescindibile nel contesto del trattamento sia l'aspetto più strettamente biologico della cura, che quello del reinserimento riabilitativo nel tessuto sociale, ivi compreso quello lavorativo.

È altrettanto noto che spesso i tossicodipendenti vivono ai margini della società, senza avere collocazioni stabili da un punto di vista lavorativo, sia per le loro caratteristiche personali, ma anche e soprattutto perché, come ormai è risaputo, è il "craving" il sintomo patognomiconico centrale e fondamentale della tossicodipendenza, per cui tale elemento catalizza tutte le capacità dei soggetti dipendenti da sostanze, facendoli focalizzare unicamente sulla ricerca della sostanza stessa e sui modi per riuscire a procurarsela.

Se, quindi, si vuole intervenire in modo adeguato e corretto in un paziente con queste caratteristiche, si deve trattare farmacologicamente ed in modo stabile la tossicodipendenza in modo da colpire efficacemente anche il craving ed al contempo aiutare tali pazienti al reinserimento.

Infatti gli obiettivi di un trattamento integrato multimodale di riabilitazione sono, in ordine di priorità, quelli di affrancare il soggetto dalla "necessità" e dal "desiderio" dell'eroina, ripristinare il suo stato di salute, determinare anche attraverso opportuni interventi psicoterapici, il cambiamento dello stile di vita tossicomano con uno socialmente accettabile e produttivo e, solo alla fine, verificare se gli effetti positivi di questo tipo di intervento possano essere mantenuti quando progressivamente si ha la dimissione dal programma di intervento stesso.

Il processo di ricostruzione dei modelli di comportamento positivi, alternativi a quello tossicomano, favorito inizialmente dall'impatto di un trattamento medico efficace, deve ricevere ulteriore impulso da parte degli interventi di tipo riabilitativo, sociale, psicologico e di orientamento, in modo che il cambiamento comportamentale che i pazienti riescono ad ottenere, sia reso stabile e vada ad aggiungersi al processo complessivo di cura e risocializzazione.

Specificata attenzione va quindi posta agli sforzi di reinserimento di ogni individuo all'interno della società, che per essere veramente definita "civile", deve consentire e contribuire a questo peculiare processo di cambiamento.

Perciò il problema della tossicodipendenza va portato, ad un certo momento, fuori dall'ambito ambulatoriale dei Servizi per le Tossicodipendenze e posto all'attenzione di tutte le forze sociali.

Per questi motivi il Ser.T. di Empoli ha attuato, già da diversi anni, nell'ambito del progetto di riabilitazione dei tossicodipendenti, un intervento che determini il progressivo riabili-

tarsi di tali pazienti attraverso gli Inserimenti Terapeutico-Lavorativi (ITL), per far sì che questi stessi pazienti si riappropriino delle loro capacità ed abilità e le mettano a frutto per rientrare a pieno titolo nel mondo lavorativo.

Gli ITL sono interventi rivolti a soggetti che, per problematiche psichiche o di dipendenza da sostanze, necessitano di un progetto terapeutico-lavorativo specifico che preveda la acquisizione o riacquisizione di capacità lavorative e di autonomia personale (D.P.R. 309/90 L. 45/99 e L.R. 72/97).

Come ribadito dal Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 (D.P.R. 23 Maggio 2003) un piano di azione efficace e completo contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase fondamentale del reinserimento lavorativo per le persone che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza ed incentivare azioni di formazione professionale orientate a facilitare il loro inserimento nel mondo del lavoro.

In particolare per i pazienti del Ser.T. gli ITL assumono la caratteristica di progetti di grande rilievo sociale che attraverso la collaborazione di enti, ditte, cooperative ed associazioni, aiutano gli utenti a reinserirsi definitivamente nel proprio contesto di vita, abbandonando così percorsi di devianza.

Il Ser.T. di Empoli utilizza gli ITL fin dal Luglio 1990 a seguito di un protocollo d'intesa firmato dalle Amministrazioni comunali dei Comuni appartenenti alla area della AUSL 11, dalle Organizzazioni sindacali e dalle Associazioni di rappresentanza delle varie categorie lavorative.

La effettiva collaborazione di ditte, imprese e cooperative dei più diversi settori (artigianato, industria, commercio, servizi) hanno dato modo di attivare dal Luglio 1990 al giugno 2003 oltre 150 ITL.

I pazienti ai quali viene proposto l'ITL si possono trovare sia in fase avanzata dello svolgimento del programma terapeutico svolto sul territorio, al fine di consolidare e mantenere una condizione di astinenza dalle sostanze psicotrope, sia nella fase di reinserimento di programmi di tipo residenziale, sia durante il trattamento farmacologico sostitutivo, una volta che questo si sia stabilizzato. Requisito essenziale per l'attivazione dell'ITL è, in ogni caso, l'astinenza dalle sostanze stupefacenti.

In base alle predisposizioni del soggetto e al suo curriculum lavorativo e formativo viene individuato il settore lavorativo più adatto, vengono contattate le ditte o enti ed elaborato un progetto individualizzato nonché una convenzione, nel caso in cui si tratti di ditta, cooperativa o associazione, con la AUSL 11.

I pazienti inseriti durante tutto il periodo dell'inserimento effettuano controlli urinari bisettimanali e colloqui con gli operatori di riferimento al fine di sostenerli nelle eventuali difficoltà che si presentano.

L'andamento del programma terapeutico determina infatti la prosecuzione dell'esperienza lavorativa, pertanto in caso di ricaduta nell'uso di sostanze o di mancato rispetto delle rego-

* *Unità Operativa Dipendenze AUSL 11, Ser.T. Empoli.*

le prefissate, l'inserimento terapeutico lavorativo viene rapidamente interrotto.

Spesso gli inserimenti lavorativi consentono al soggetto di compiere una significativa esperienza lavorativa che offre un contributo effettivo e professionale all'ente/azienda stessa, tanto che alcune aziende, alla fine del progetto, si sono rese disponibili per l'assunzione dei soggetti dimostratisi più validi, sebbene per definizione stessa dell'inserimento terapeutico lavorativo, l'assunzione non è un evento che si debba verificare come conseguenza naturale.

Ovviamente, credendo al trattamento metadonico, fermamente, ma non in maniera dogmatica, in ciò confortati dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale e dall'esperienza clinica ormai più che trentennale sull'utilizzo del metadone a dosaggi adeguati e per trattamenti a lungo termine, trattamenti di mantenimento metadonico, si è voluto dare anche a pazienti che necessitano di trattamento farmacologico, con le caratteristiche sopra citate, delle opportunità lavorative.

Questo aspetto è da ritenersi fondamentale nel programma riabilitativo, infatti in un lavoro di uno dei maggiori studiosi dell'argomento, McLellan, si è voluto indagare l'effetto dei servizi psicosociali, nel trattamento metadonico di soggetti con dipendenza da oppiacei. Tutti i pazienti presi in considerazione in questo studio assumevano un dosaggio di metadone in un programma a mantenimento pari almeno a 60 mg/die, ma in modo casuale furono distinti tre gruppi, di cui il primo assumeva solo metadone, il secondo riceveva una semplice forma di counseling ed il terzo aveva in aggiunta una serie di interventi di tipo psicosociale, quali terapie psicologiche, assistenza per il lavoro, supporto psichiatrico.

Esaminando i soggetti dei tre gruppi nel tempo si vide che le ricadute nell'uso di eroina avvenivano in modo decrescente dal primo al terzo gruppo in studio.

Questi risultati supportano l'impressione clinica comune, ma anche l'osservazione iniziale di Dole e Nyswander, secondo cui i servizi psicosociali aggiungono qualcosa di sostanziale all'acquisizione dei pur ottimi risultati che si possono ottenere col trattamento metadonico.

Nell'esperienza che si è voluto fare quindi al Ser.T. di Empoli, si è aspettato ovviamente che tali pazienti si stabilizzassero da un punto di vista farmacologico e, quindi che facessero un trattamento metadonico da almeno sei mesi e si è posto il vincolo di non utilizzare sostanze stupefacenti per tutta la durata dell'ITL.

Per monitorare tale dato ci si è avvalsi della ricerca, attraverso i controlli urinari eseguiti con cadenza bisettimanale in modo costante e regolare, peraltro, per tutti i nostri pazienti, delle stesse sostanze.

Per evitare di avere un periodo di tempo preso in considerazione, ritenuto esiguo, è stata presa come data di riferimento il 30/06/03 e, andando indietro nel tempo sono state eseguite valutazioni su un arco di tempo di 30 mesi.

In tal modo, si è giunti a considerare che, nel periodo preso in considerazione dall'01/01/01 al 30/06/03, sono stati avviati 46 ITL.

Sono stati presi a questo punto in considerazione solo gli ITL attivati per soggetti che avevano una diagnosi di dipendenza da oppiacei nella loro anamnesi, secondo il DSM-IV e si è, quindi, arrivati a considerare 35 ITL per soggetti con le caratteristiche succitate e, fra questi, 17 persone avevano un trattamento farmacologico in atto e 18 persone effettuavano al

Ser.T. altri tipi di programma, poiché avevano già terminato un programma farmacologico o un programma di tipo residenziale e, comunque, si trovavano in una situazione drug-free, nel momento in cui è stato posto in essere l'ITL (tabb. 1 e 2).

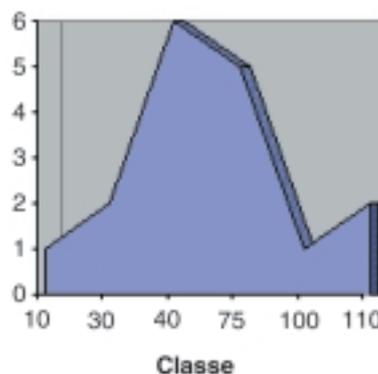
Gli obiettivi posti sono quelli di valutare se si possano riscontrare differenze significative, da un punto di vista statistico, fra i due gruppi di confronto e, quindi se il trattamento farmacologico di mantenimento metadonico può in qualche maniera influire sul percorso riabilitativo e sulle capacità di reinserimento di questi pazienti, rispetto a soggetti che non assumono farmaci.

È da tenere in considerazione che, da alcuni parametri presi dalla AbSO (tab. 3), i due gruppi messi a confronto hanno una differente storia precedente l'attivazione dell'ITL, nel senso di gravità di condizione tossicomana.

Infatti se le complicanze fisiche, intendendo fra queste essenzialmente la positività per HIV, i precedenti penali ed i precedenti trattamenti sia di tipo territoriale che residenziale, non sono statisticamente significativi nel dare differenze fra i due gruppi, ciò che pesa di più, nel senso di maggiore gravità nel gruppo che è a mantenimento metadonico, sono le complicanze psichiatriche, i rapporti sociali e familiari compromessi, la storia tossicomana generale (16 anni nel gruppo a metadone verso 11 anni nell'altro gruppo) e l'eroinodipendenza in particolare (rispettivamente 12 anni verso 8 anni), ma, soprattutto la durata dell'ultimo trattamento farmacologico che è in media di 4 mesi nel gruppo drug-free e di 4 anni nel gruppo in trattamento farmacologico.

Nel gruppo di pazienti in trattamento di mantenimento metadonico, il dosaggio metadonico medio assunto era di circa 50 mg/die, con valori variabili da un minimo di 10 mg/die ad un massimo di 140 mg/die (fig. 1).

Fig. 1 - Assunzione quotidiana di Metadone dei pazienti in trattamento



Prendendo in considerazione i dati socio-anagrafici del nostro campione si è visto che, per quanto riguarda:

1. la distinzione per sesso; il gruppo in trattamento metadonico era costituito da 17 soggetti, 10 erano maschi e 7 di sesso femminile, mentre nel gruppo drug-free la distinzione per sesso ha dato una perfetta parità con 9 maschi e 9 femmine;
2. l'età; nel gruppo in trattamento metadonico l'età media era di 34 anni, con un minimo di 22 anni ed un massimo di 46 anni, mentre nel gruppo drug-free l'età media era di 37 anni con un minimo di 28 ed un massimo di 47 anni;

Tab. 1 - Pazienti in trattamento di mantenimento metadonico = 17

Nome	Sesso	Età	Scolarità	Stato civ.
B.E.	F	29	Diploma sup.	coniugata
C.L.	M	30	Lic. media inf.	celibe
L.A.	M	28	Lic. elem.	coniugato
L.S.	M	46	Lic. media inf.	celibe
M.L.	M	42	Lic. media inf.	celibe
M.L.	M	23	Lic. media inf.	celibe
M.V.	F	27	Lic. media inf.	coniugata
M.E.	M	40	Lic. media inf.	celibe
B.F.	F	25	Diploma sup.	nubile
D.K.	F	30	Lic. media inf.	nubile
F.A.	F	38	Lic. media inf.	coniugata
G.C.	M	39	Lic. media inf.	celibe
C.D.	M	22	Lic. media inf.	celibe
L.P.	M	41	Lic. media inf.	coniugato
M.R.	F	38	Diploma sup.	nubile
S.G.	F	44	Lic. media inf.	nubile
T.R.	M	39	Lic. media inf.	celibe

Tab. 2 - Pazienti drug-free = 18

Nome	Sesso	Età	Scolarità	Stato civ.
B.E.	F	41	Lic. media inf.	coniugata
L.P.	M	47	Non noto	celibe
M.P.	F	41	Diploma sup.	vedova
N.C.	F	41	Lic. media inf.	vedova
P.V.	M	35	Lic. media inf.	coniugato
P.L.	F	35	Lic. media inf.	coniugata
P.A.	F	30	Lic. media inf.	nubile
P.C.	F	28	Lic. media inf.	nubile
V.S.	M	36	Lic. elem.	coniugato
G.P.	M	32	Lic. elem.	celibe
P.G.	M	43	Lic. media inf.	coniugato
V.M.	F	42	Lic. media inf.	separata
N.A.	F	40	Lic. elem.	nubile
C.D.	M	33	Lic. media inf.	separato
G.F.	M	36	Lic. media inf.	celibe
I.S.	F	34	Diploma sup.	separata
T.F.	M	36	Diploma sup.	celibe
T.F.	M	38	Lic. elem.	celibe

3. lo stato civile; nel gruppo in trattamento metadonico 5 pazienti erano non coniugati e 12 coniugati, mentre nel gruppo senza metadone 8 erano i pazienti non coniugati e 5 i coniugati, 3 i separati e 2 vedove;

4. la scolarità; sia nel 1° che nel 2° gruppo le persone con diploma di scuola media superiore sono 3, mentre tutte le altre erano in possesso di titoli di studio inferiori.

Andando, quindi, a valutare gli esiti conclusivi degli ITL, si sono ottenuti i seguenti risultati:

1. gli esiti positivi sono 8 (47%) nel 1° gruppo, mentre nel 2° gruppo sono 9 (50%);
2. gli esiti negativi (non per ricadute) sono rispettivamente 5 (29%) verso 4 (22%). Questo è un dato molto importante, perché gli ITL interrotti sono dovuti essenzialmente a motivi comportamentali, come ad esempio le ripetute assenze non giustificate, ma mai, sia nel 1° che nel 2° gruppo, per ricadute nell'uso di sostanze;
3. sono invece ancora in corso 4 (24%) ITL nel 1° gruppo, mentre sono in corso 5 (28%) ITL nel 2° gruppo.

Dai dati non sembrano esserci differenze significative fra i due gruppi di confronto, per cui si può concludere che il trattamento metadonico non ha alcuna influenza negativa sulle capacità lavorative dei soggetti, nonostante che il gruppo che

Tab. 3

	Paz	Comp fis	Comp psi	Rapp soc	Rapp fam	Prec pen	Sto tox	Dur ero	Prec tratt	Mesi ult tra
1	BE	0	1	1	1	0	13	7	0	54
2	LA	0	1	1	1	1	10	8	3	55
3	LS	0	1	0	0	1	25	25	2	15
4	ML	1	0	1	0	1	27	26	2	122
5	ML	0	1	1	1	0	7	2	0	26
6	MV	0	1	1	1	0	10	2	0	59
7	ME	0	1	1	0	0	14	5	1	74
8	BF	0	0	1	1	0	13	5	0	28
9	DK	0	1	0	1	1	16	13	9	54
10	FA	0	0	0	0	0	12	9	2	95
11	GC	0	0	0	1	0	24	13	4	30
12	CD	0	1	0	0	1	8	4	3	12
13	LP	1	0	0	0	1	30	30	5	23
14	MR	1	1	0	1	0	26	18	0	35
15	SG	1	0	1	0	1	12	12	4	48
16	TR	1	1	1	0	1	20	20	8	71
17	CL	0	0	1	0	1	13	10	4	15
		5	10	10	8	9	16,47	12,29	47	48,00
1	BE	1	1	1	1	0	4	4	0	0
2	LP	0	0	1	1	1	2	2	0	0
3	MP	1	0	1	1	0	22	22	5	28
4	NC	1	0	1	1	0	7	7	1	0
5	PV	0	0	1	1	1	15	9	3	6
6	PL	0	0	1	1	0	13	12	1	0
7	PA	0	0	1	1	1	4	4	4	2
8	PC	0	0	1	1	1	8	2	0	0
9	GP	0	0	1	1	1	8	2	0	0
10	PG	0	0	1	1	0	25	9	6	3
11	VM	1	0	1	1	0	10	10	0	0
12	NA	0	1	1	1	1	7	5	3	3
13	CD	0	1	0	1	0	10	8	5	10
14	GF	0	0	1	1	0	14	11	5	14
15	IS	0	0	1	1	0	5	5	5	9
16	TF	1	0	1	1	1	20	20	6	2
17	TF	1	1	0	0	1	15	15	2	3
18	TG	0	0	1	1	1	11	9	3	0
		6	4	16	17	9	11,11	8,667	49	4,44

Dati AbSO.
 Legenda: Paz=pazienti, comp fis=complicanze fisiche, comp psi=complicanze psichiche, rapp soc=rapporti sociali, rapp fam=rapporti familiari, prec pen=precedenti penali, sto tox=storia tossicomana in anni, dur ero=durata eroinomania in anni, prec tratt=precedenti trattamenti, mesi ult tra=durata in mesi ultimo trattamento farmacologico

è a mantenimento metadonico parta da una posizione di svantaggio, vale a dire da una condizione di maggiore gravità della dipendenza da eroina, come appunto si può ricavare dai dati desunti dalle storie di ciascun paziente.

Ovviamente si è perfettamente consapevoli che i numeri presi in considerazione, in questo lavoro, non possono rappresentare un dato significativo per trarre conclusioni definitive sull'argomento, sempre di attualità, della terapia e della riabilitazione delle tossicodipendenze e si è altrettanto certi che tale campo di ricerca necessita di ulteriori e più approfonditi studi, ma si è voluto dare una traccia su cui si spera di coinvolgere un sempre maggior numero di Operatori del settore. ✍

Bibliografia

1. DSM-IV, 1994, APA.
2. McLellan T. et al., 1993, JAMA.
3. Lamanna F. et al., 1996, *Metadone: le ragioni per l'uso*.
4. Dole V.P. e Nyswander M., 1993, JAMA.
5. Maremmani I. e Castrogiovanni P., 1989, AbSO.
6. Riferimenti legislativi: D.P.R. 309/90, L. 45/99, L.R. 72/97 e D.P.R. 23/05/03.



1



2

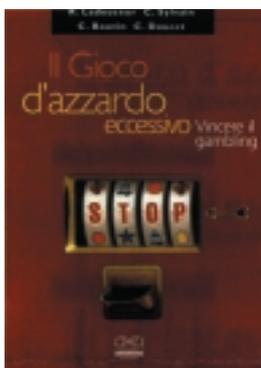


3

1. Il dottor Lamanna ritira il premio per il lavoro primo classificato per il reinserimento.
2. Il dottor D'Ambra ritira il premio per la farmacoecoonomia.

3. La dottoressa Antonia Cinquegrana ritira il premio per il lavoro secondo classificato nel settore metadone e reinserimento, curato dal Ser.T. di Brescia, che verrà pubblicato sul sito www.feder-serd.it, insieme a tutti i 15 elaborati presentati.

RECENSIONE



Robert Ladouceur, Caroline Sylvain, Claude Boutin, Céline Doucet

Il gioco d'azzardo eccessivo

Vincere il gambling
Edizione italiana a cura di Tazio Carlevaro e Daniela Capitanucci
pp. XII+212 - € 23,50
Centro Scientifico Editore, Torino
(e-mail: cse@cse.it)

Robert Ladouceur, professore titolare alla Scuola di psicologia dell'Università Laval di Québec, è uno dei massimi esperti mondiali nel settore della ricerca, della clinica e della prevenzione del gioco d'azzardo patologico, il *gambling*.

In questo testo, lui e la sua équipe raccolgono e restituiscono al lettore una panoramica approfondita e operativa sull'argomento. Dopo un breve ma esaustivo inquadramento storico e teorico, gli

Autori si addentrano nella descrizione puntuale delle tecniche psicoterapeutiche cognitivo-comportamentali, da loro utilizzate da vari decenni con elevati tassi di successo, documentati dai follow-up svolti regolarmente sulla casistica a loro disposizione.

È proprio l'approccio pragmatico di questo libro che fornisce al lettore numerosi spunti e strumenti concreti, utilizzabili nel campo della diagnosi e del trattamento del gioco patologico, facilmente trasponibili nella realtà clinica di ciascuno. Ciò rende questo libro un prezioso compagno di viaggio e un'utilissima guida per tutti quei professionisti (psicologi, medici, assistenti sociali e educatori professionali) che quotidianamente si confrontano con la sfida che la presa in carico di un giocatore patologico rappresenta.

Questo è certamente il primo libro pubblicato in lingua italiana che va oltre l'inquadramento fenomenologico ed epistemologico del problema, che si addentra nel tema oltrepassando la teoria, arrivando direttamente al cuore della pratica clinica, "mettendo le mani in pasta".

Proprio per questo motivo è dunque assai opportuno che chi si occupa del trattamento di questi non facili pazienti lo legga con attenzione per attuare i preziosi e numerosi suggerimenti generosamente contenuti, relativi ad ogni fase del processo terapeutico.

Il gioco d'azzardo patologico: un contributo sugli aspetti legali

*Antonio Nettuno**, *Aldo Latina***, *Fabio Tucci****

Questo lavoro è nato da un dialogo con Robert Laudoceur, uno dei massimi esperti a livello mondiale del gioco d'azzardo patologico, nel corso di un convegno a Varese organizzato dall'A.S.L. Locale e da ALT Onlus, nei giorni 8 e 9 aprile 2003, dal titolo, "Il gioco d'azzardo eccessivo: comprendere e sconfiggere il gambling. Dalla teoria alla pratica".

Il ricercatore sopraccitato, in quella sede, ci invitava, come clinici, a studiare in tutti i suoi aspetti il complesso fenomeno del gioco patologico.

Un altro stimolo importante è stata la lettera di Sergio Compagnucci, un magistrato, comparsa sul quotidiano "La Repubblica" in data 11 aprile 2003.

La lettera recitava: "Voglio raccontare il caso di una signora che nel giro di pochi mesi, giocando al lotto, ha dilapidato l'intero suo patrimonio e quello dei figli, circa 100 mila euro. Questa signora, per giocare, aveva ottenuto prestiti dietro rilascio di assegni bancari di vario importo. Questi titoli ora debbono essere pagati e sapete perché? Perché il gioco del lotto è autorizzato, in quanto gestito dallo Stato. Paradossalmente, se la signora avesse rilasciato un assegno a seguito di una scommessa con un privato avrebbe potuto rifiutarne il pagamento (articolo 1933 del Codice civile), ma poiché ha scommesso con lo Stato gli assegni debbono essere saldati (articolo 1935 Codice civile). Quanto è distante la legge dal senso comune e quanta ipocrisia, troppo spesso, nella morale di Stato. Tuttavia, essendo un magistrato, nello Stato continuo a crederci, perché non guardo ciò che è ma ciò che dovrebbe essere".

Altre due citazioni hanno suscitato una riflessione su questo tema.

Secondo Imbucci (1997): "Nell'articolo 1322 del codice civile si riconosce l'autonomia contrattuale dei giocatori, ma non si garantisce tutela giuridica al pagamento delle scommesse. C'è libertà di contrarre, ma non c'è tutela del contratto, né si concede azione giudiziaria per ottenere la restituzione delle somme pagate. Vale tra i contraenti un antico principio che discende dall'ordinamento giuridico romano, la *soluti retentio* e cioè il diritto di trattenere le somme a qualsiasi titolo riscosse. Tale principio discende dalla valutazione che in pari turpitudine può essere concessa *melior condicio* all'accipienti. Così, di recente, una nota casa da gioco italiana non ha potuto ottenere la restituzione di un ingente somma anticipata a un giocatore" (p. 19).

Ed infine, come ha messo in evidenza De Micco (2002) "(...) davanti all'irrefrenabile esigenza di soddisfare il bisogno irrazionale di rischiare scommettendo, quale forma del più generale appagamento del desiderio di svago che è insito nel pro-

cesso di sviluppo dell'uomo, e alle conseguenze gravissime che la dipendenza dal gioco provoca, stanno gli interessi patrimoniali di uno Stato che, riconosciuto questo bisogno di intrattenimento ludico, ha fatto della gestione del gioco d'azzardo una fonte di diritto pubblico (...)" (p. 41).

Sulla base delle norme del Codice Civile va affermato in primo luogo, in riferimento al primo caso citato, che la signora è tenuta ad onorare gli assegni emessi per finanziare la sua attività di gioco per il semplice motivo che, indipendentemente dal fine per cui le somme ottenute in finanziamento fossero state destinate (sia cioè che si tratti di lotterie dello stato sia che si tratti di giochi diversi), se la signora ha firmato assegni, ella è tenuta a pagarli senza poter eccepire al prenditore (la persona che prende l'assegno), eccezioni diverse da quelle 'personali' e cioè quelle che ella può vantare nei confronti dello specifico prenditore.

E ciò perché l'assegno è un titolo astratto, cioè che prescinde dalla causa (motivo) per cui è stato emesso.

L'art. 1993 c.c. stabilisce infatti che il debitore che si impegna rilasciando un titolo di credito quale è l'assegno, può opporre al possessore del titolo soltanto le eccezioni a questo "personali".

La situazione giuridica non muta tanto se il prenditore dell'assegno sia un privato, quanto se sia un Gestore di Lotterie o del Lotto autorizzato dallo Stato.

Il prenditore dell'assegno ha diritto ad essere pagato indipendentemente dalla causa per cui l'assegno è stato emesso.

La verità giuridica è dunque che la signora citata nella lettera del magistrato, che ha emesso assegni in favore di terzi per finanziarsi al gioco, non avrebbe alcuna tutela non solo nel caso indicato di partecipazione alla Lotteria, ma anche nel caso in cui avesse finanziato con assegni bancari la sua attività di gioco o di scommessa con chiunque altro.

L'ordinamento giuridico appronta una regolamentazione diversa solo nel caso in cui l'assegno sia stato rilasciato alla persona con la quale la signora perdente gioca direttamente (senza ottenere da terzi finanziamenti tramite il rilascio di assegni).

Detto in altri termini, l'art. 1933 co. I c.c. stabilisce che chi gioca e vince non può richiedere in giudizio il pagamento della vincita.

Quindi significa che il vincitore che avesse giocato direttamente con la signora perdente non avrebbe avuto titolo di ottenere in giudizio il pagamento.

Tuttavia (v. art. 1933 co. II c.c.), se il perdente spontaneamente paga il debito di gioco non può chiedere la restituzione della somma pagata (questa regola si chiama '*soluti retentio*' che non va confusa con la diversa regola di cui alla massima '*in pari causa turpitudinis melior est conditio possidentis*', massima citata non proprio a proposito nel testo di Imbucci).

Per esempio, se la signora avesse pagato un debito di gioco ad un conoscente, tramite assegno bancario ottenuto da terzi (figli, amici, ecc.), il vincitore una volta incassato l'assegno non può essere costretto alla restituzione della cifra.

* *Psicologo, psicoterapeuta, socio I.I.P.G., Dipartimento Dipendenze ASL Milano 3.*

** *Psichiatra, psicoterapeuta, socio I.I.P.G., Azienda Ospedaliera San Gerardo Monza.*

*** *Magistrato, Tribunale dei Minori, Milano (per la revisione giuridica).*

Orbene, abbiamo visto sopra che nella circolazione degli assegni bancari vige la regola dell'art. 1993 c.c., secondo cui chi versa l'assegno può far valere solo le eccezioni relative al rapporto che egli ha 'personalmente' con colui che prende l'assegno.

Dunque, componendo le due regole, si ha che se la signora, in pagamento del debito di gioco versa al vincitore (e non ad un terzo estraneo) un suo assegno bancario, può soltanto chiedere al vincitore, bonariamente, di restituirla l'assegno perché relativo ad un debito di gioco per il quale, ai sensi dell'art. 1933 co. I c.c., non si può essere obbligati in giudizio a pagare.

Infatti il perdente non può richiedere in giudizio quanto abbia spontaneamente pagato dopo l'esito di un gioco o di una scommessa.

Quindi la signora non può andare in giudizio e chiedere al vincitore prenditore dell'assegno la restituzione coatta dell'assegno medesimo (sia che il prenditore dell'assegno sia lo Stato sia che sia un normale cittadino), perché glielo vieta l'art. 1933 co. II c.c.

E ciò appunto perché, in base alla regola della '*soluti retentio*' dell'art. 1933 co. II c.c., il vincitore può trattenere presso di sé il pagamento volontariamente fatto dal perdente.

Insomma il perdente paga perché ha rilasciato spontaneamente l'assegno bancario e non perché ha giocato alla Lotteria Nazionale.

A nostro parere, nel ragionamento di Imbucci, c'è la sovrapposizione di due principi giuridici che trovano fonte in norme diverse.

Conviene non generare confusioni perché può risultare compromessa la comprensione delle reali finalità perseguite dal Legislatore che, ci sembra si possa dire, sono diverse da quelle che fanno da sfondo alle affermazioni di contenuto giuridico dell'articolo.

Abbiamo già visto che il vincitore del gioco o della scommessa, che ha ricevuto il pagamento, può trattenere la vincita e non può essere indotto a restituirla e cioè in base al principio espresso dall'art. 1933 co. II c.c. e che esprime il concetto della '*soluti retentio*', concetto previsto in via generale dall'art. 2034 c.c.

Il diverso principio che Imbucci evoca con la dizione "... in pari turpitudine può essere concessa *melior condicio accipienti*" rimanda invece al diverso articolo 2035 c.c. dove si legge che "chi ha eseguito una prestazione per uno scopo che, anche da parte sua, costituisca offesa al buon costume (n.d.r. '*in pari causa turpitudinis*'), non può ripetere quanto ha pagato".

Il Diritto si pone come scienza e dunque le ripetizioni di concetti identici costituiscono errori che vanno banditi dalla struttura.

Non è dunque possibile che due norme (artt. 2034 c.c. e 2035 c.c.) stabiliscano il medesimo concetto.

La '*soluti retentio*' trova fondamento in linea generale nel diverso art. 2034 c.c. che parla delle sole 'obbligazioni naturali' il cui secondo comma rimanda implicitamente alla regola stabilita con riferimento alla regolamentazione del gioco e della scommessa dall'art. 1933 c.c. sopra già esaminata.

Il richiamo implicito tra la regola generale del 2034 e la disciplina del gioco di cui all'art. 1933 co. II non costituisce un errore dell'Ordinamento. Il richiamo è necessario perché il gioco e la scommessa non costituiscono un'obbligazione naturale, ma un'obbligazione c.d. 'imperfetta'.

Facciamo questa precisazione per far presente che non è possibile richiedere la restituzione delle somme pagate per una scommessa o per un gioco perso non perché si tratta di un contratto con prestazione contraria al buon costume (v. la rubrica dell'art. 2035 c.c. cit.) per il quale vale la regola '*in*

pari causa turpitudinis...', ma perché il Diritto ritiene il gioco e la scommessa di per sé come delle attività che non necessitano di regolamentazione fin dall'inizio del loro sorgere proprio perché le considera di valore neutro.

Solo nel caso in cui, terminato il gioco, si discuta del pagamento della prestazione collegata al gioco o alla scommessa, in favore del vincitore, si stabilisce in linea generale che non si può essere obbligati a pagare (tranne il caso delle Lotterie Nazionali Ex Articolo 1935 Codice Civile), ma se si paga non si può ottenere la restituzione di quanto pagato (art. 1933 c.c.).

Bisogna tenere presente anche che il Diritto regola all'art. 1934 c.c. il pagamento relativo ai giochi o scommesse collegate alle attività sportive e stabilisce in estrema sintesi che queste vanno pagate, proprio come fa con le Lotterie autorizzate.

Quindi il Diritto tutela in modo pieno le lotterie, ma tutela allo stesso modo anche i giochi collegati ad esempio allo svolgimento di attività sportive.

Vogliamo evidenziare che leggendo gli artt. 1933, 1934 e 1935 c.c. che aprono il Titolo XXI "Il gioco e la scommessa" (ma anche gli artt. 718-723 del Codice Penale che parlano dei giochi di azzardo), si comprende come l'Ordinamento regolamenti il fenomeno in esame mantenendo, in termini generali, una posizione neutrale rispetto al gioco ed alla scommessa (a proposito, la scommessa a differenza del gioco, sarebbe l'attività che contraddistingue i non giocatori riguardo allo svolgimento del gioco).

E del resto pare che il gioco, di per sé, non costituisca certo una attività negativa; altro è riflettere sulle motivazioni personali, a volte negative, che spingono i giocatori ad effettuare un "gioco" al solo fine di veder realizzate le loro motivazioni patologiche o non propulsive della socialità.

Sono questi i motivi per i quali riteniamo francamente sbagliata l'affermazione di Imbucci secondo cui la regolamentazione del gioco rimandi alla regola della *pari causa turpitudinis*.

L'Ordinamento interviene solo in un momento successivo allo svolgimento del gioco o della scommessa e regola in modo differente gli effetti a seconda che si tratta di mero gioco (1933 c.c.), di competizione sportiva (1934 c.c.) o di Lotteria autorizzata (1935 c.c.).

E chissà che lo scopo per cui le Lotterie, qualora autorizzate, diano luogo ad azione in giudizio, non consegua al fatto che l'autorizzazione statale al loro svolgimento, assicurando la impossibilità della realizzazione delle motivazioni interiori dei giocatori, quelle che a volte possono essere non propulsive di socialità o di salute, garantiscano la effettuazione di una attività, quale quella del gioco o della scommessa aleatoria, di per sé di valore etico positivo o quantomeno neutrale.

Una cosa è creare le condizioni per una evoluzione del sistema normativo, una cosa ben diversa e pericolosa è ritenere che compito del Diritto sia quello di regolamentare l'Etica.

Non siamo quindi d'accordo con quel pensiero che valuta le norme giuridiche in termini di ipocrisia e di distanza delle norme dalla morale di Stato.

Esistono invece delle norme penali che puniscono il gioco di azzardo (v. artt. 718/723 c.p.) essenzialmente nel caso in cui esso si svolga in determinati luoghi pubblici.

Il motivo della punizione di tali attività, peraltro assolutamente non vietate quando ad esempio vengano effettuate tra amici in casa, non è rappresentato dal contrasto di tali comportamenti con l'Ordinamento statale o con la morale pubblica.

Costituiscono illecito soltanto perché in contrasto con l'Ordine pubblico.

Sono cioè vietati perché, se fatti in pubblico, possono dare luogo ad incidenti o recare pregiudizio alla quiete pubblica. Ancora una volta, l'Ordinamento non si pone il problema di valutare in termini morali il gioco o la scommessa e dunque li vieta solo con riferimento ai casi in cui il gioco e la scommessa possono contrastare il bene dell'Ordine Pubblico. Insomma ci sembra che non si possa ritenere che lo Stato consideri contrario alla morale il gioco e la scommessa e poi li autorizzi se gestiti dallo Stato.

L'Ordinamento considera tali attività come di valore neutro ed indifferente sino al momento in cui non vengano effettuate le attribuzioni patrimoniali conseguenti alla effettuazione del gioco e della scommessa.

Ne vieta lo svolgimento in determinati casi, per motivi che non riguardano mai la eticità del gioco, che non rileva mai. La piena tutela delle obbligazioni conseguenti al gioco ed alla scommessa è prevista per le Lotterie, ma anche per tutti i giochi sportivi.

I due autori che operano come clinici nel campo delle dipendenze patologiche, ritengono importante promuovere una riflessione scientifica tra gli addetti ai lavori e non, per tentare di problematizzare, in senso evolutivo, l'assetto giuridico che riguarda il "gioco".

Il confronto con Paesi vicini, mostra come ad esempio in Belgio, la legislatura preveda vere e proprie misure di protezione per il giocatore; oppure in Svizzera, dove si pone come obiettivo primario della disciplina del gioco d'azzardo "... impedire le conseguenze socialmente dannose" (De Micco). La discussione in atto in ambito giuridico e psichiatrico-forense riguardo l'estensione dei criteri di "imputabilità", sia per infermità mentale che per i minori, trova un campo di applicabilità proprio nel G.A.P. e nella sua diffusione tra gli adolescenti.

Gli articoli 95 c.p., 88-89 c.p. e 415 c.c., riguardanti la non-imputabilità per "fatti commessi in stato di intossicazione cronica da alcol o stupefacenti", non si applica al G.A.P., lasciando la famiglia come depositaria di funzioni di responsabilità e tutela, per quanto riguarda l'adulto ed ancora più l'adolescente. ✎

Bibliografia

- Capitanucci D., Marino V. (a cura di), *La vita in gioco?*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Compagnucci S., "Gioco, scommesse e debiti secondo il Codice civile", *La Repubblica*, Rubrica delle lettere, del 11/04/03.
- De Leo G., *La Devianza Minorile*, Carocci, Roma, 2001.
- De Leo G., Prefazione all'edizione italiana del libro di Dickerson Mark G., *La dipendenza da gioco*, Gruppo Abele, Torino, 1993, pp. 5-9.
- De Micco S., "Strategie legali a confronto", in *Giochi e Lotterie, Famiglia Oggi*, n. 4, San Paolo, Milano, (2002), pp. 37-41.
- Di Blasi M. (a cura di), *Sud-Ecstasy*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Fiasco M., "Aspetti sociologici, economici e rischio criminalità", in *Il Gioco & l'Azzardo* (a cura di M. Croce, R. Zerbetto), FrancoAngeli, Milano, 2001, pp. 327-340.
- Imbucci G., *Il Gioco. Gli Specchi*, Marsilio, Venezia, 1997.
- Mancia M., "Personalità negativa, colpa e responsabilità", in *Follia e diritto* (a cura di G. Ferrando, G. Visintini), Bollati Boringhieri, Torino, 2003, pp. 217-228.
- Motterlini P., "La nostra irrazionalità quotidiana", *Il Sole-24 Ore*, Domenica del 11/05/03, p. 34.
- Nettuno A., *Il Lavoro Terapeutico di Gruppo, La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Ponti G., *Compendio di Criminologia*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- Ruffolo G., "Le diseguaglianze del nuovo capitalismo", *La Repubblica*, del 24/06/03, p. 16.

**Una sentita corrispondenza a sostegno della problematicità dell'operare nei Ser.T.
Abbiamo avuto modo di parlare direttamente con il collega Mautone durante il Convegno di Milano e di garantire la presenza attiva della Federazione ad ogni livello**

28 febbraio 2004
Al dott. Antonio d'Amore
FeDerSerD Regione Campania

Caro Antonio,
la settimana scorsa la Polizia Giudiziaria, a seguito di Ordinanza del Sostituto Procuratore Dott. Olivieri del Tribunale di Sala Consilina e procedendo contro ignoti in riferimento all'art. 73 del 309/90, ha acquisito copia autentica delle cartelle cliniche dei nostri assistiti dal 1991 e copia dei registri di carico e scarico dall'agosto 2003, nonché elenco nominativo degli iscritti correlati alle sigle.
Non so se ci sono motivi collegati a particolari situazioni di nostri assistiti che hanno spinto la Magistratura ad indagare sul nostro Servizio. Non credo.
Avanzo l'ipotesi che la Magistratura voglia metter in discussione l'affido personale del metadone che da noi è parte integrante del trattamento terapeutico e, quindi, pratica corrente. In considerazione del principio che l'affido è momento strategico del trattamento sia nel favorire l'approccio che la compliance del paziente, e per creare anche una bassa

soglia di accesso al Servizio, non l'abbiamo considerato momento premiante né punitivo nei confronti del paziente. D'altra parte non abbiamo gestito mai le positività urinarie come ricatto, ma come momento di confronto e di discussione sull'andamento clinico.

Come dicevo, abbiamo considerato l'affido personale del farmaco, parte integrante del trattamento terapeutico e, come tale, dopo un periodo di induzione, il farmaco viene affidato per due, poi per tre giorni, sino ad un massimo di sei giorni.

È giusto che tu sappia che da noi non ci sono limiti quantitativi alla dose terapeutica giornaliera, pazienti permettendo, che tu sai, in genere, non amano il metadone.

Il nostro indirizzo è di tendere ad annullare il pensiero della sostanza e di mantenere il paziente il più a lungo possibile in trattamento a metadone a mantenimento.

La nostra sede è decentrata e non ben servita dai servizi pubblici di trasporto. Il pensiero di soccombere e pagare in termini personali mi preoccupa non poco: vorrei condannato per spaccio!

Ma mi preoccupa anche il degrado che subirà il Servizio e le penalizzazioni che i pazienti subiranno, ritorcendosi contro di loro le misure restrittive che saranno adottate.

Così come alzeranno la cresta i vili che, per la loro tranquillità, continueranno a far soffrire la gente, alla faccia del diritto alla salute!

Ma sarà ancora più grave il significato che ciò avrà nel contesto in cui vivo, la collettività, che vede l'ammalato di dipendenza come il peccatore e il metadone come la "droga" che consente la continuità nel peccato. In sostanza, qui, molti gridano o grideranno "finalmente un po' di ordine e di regole!".

Chiedo a te e, per il tuo tramite, ai Dirigenti della FeDerSerD, alcuni dei quali conosco personalmente, il vostro sostegno, la vostra solidarietà, il vostro aiuto di esperti e di consulenza tecnica di parte nell'eventualità di un dibattimento e/o il sostegno eventualmente legale.

Nell'attesa di tue notizie, invio a te e ai Dirigenti della FeDerSerD i migliori saluti.

Salvatore Mautone

Responsabile Ser.T. Sant'Arsenio A.S.L.SA3

8 marzo 2004

Caro Salvatore,
vogliamo manifestarti tutta la solidarietà e vicinanza in questo momento per te di grande preoccupazione.
Sarà nostro compito, come nostro iscritto, aiutarti a far chiarezza su un episodio ancora, come tu hai avuto modo di evidenziarci, dai lati oscuri.
È in ogni modo chiara la difficoltà a continuare a svolgere il nostro lavoro, sempre ispirato da com-

provate evidenze scientifiche, con queste incertezze e incredibili rischi legali.

Non sappiamo cosa abbia spinto la Magistratura ad un'azione così dirompente, ma certamente, confidando nella giustizia, siamo certi che al più presto sarà fatta piena luce, e che questo episodio possa servire a far capire ai molti che per la cura della malattia da dipendenze, non servono solo e soltanto "ordine e regole".

Questa è una delle missioni dell'associazione: "vincere la cultura dell'incultura".

Diamo la nostra disponibilità affinché in ogni sede possano essere affermate le conoscenze e regole scientifiche che, nei limiti della legge, e salvaguardando la libertà del medico nell'agire terapeutico, in ogni momento c'indicano la strada da percorrere.
Un forte abbraccio

Antonio d'Amore

Direttivo nazionale FeDerSerD, Regione Campania

Alfio Lucchini

Segretario esecutivo nazionale FeDerSerD

1° marzo 2004

Epatite da virus C (HCV)

Durante il Congresso sulle malattie del fegato, svoltosi a Boston nel Novembre 2002 e promosso dalla Associazione Americana per gli Studi del Fegato (AASLD), sono state tracciate le linee guida di comportamento diagnostico e terapeutico per l'epatite C messe a punto dal prestigioso National Institute of Health degli Stati Uniti. Il virus dell'epatite C si trasmette con il sangue e con i rapporti sessuali sono a rischio di contrarre l'infezione i familiari ed i partners dei soggetti HCV positivi, i tossicodipendenti, i nati da madre HCV positiva, i soggetti che si sottopongono a piercing e tatuaggi senza le necessarie precauzioni igieniche, coloro che vivono in comunità (istituti per minori, centri di salute mentale, carceri) o in condizioni socio-economiche disagiate.
Una volta acquisita l'infezione con il virus dell'epatite C, questa tende a cronicizzare (cioè il virus tende a persistere indefinitamente nell'organismo) nella maggior parte dei casi (dal 50% all'80%). L'infezione cronica da virus C, cioè l'epatite cronica HCV - correlata, generalmente provoca una infiammazione del fegato di lunga durata, e tutto ciò può sfociare, in alcuni casi, nelle note e temibili complicanze quali la cirrosi epatica ed il tumore primitivo del fegato. Per fortuna, dagli studi effettuati negli ultimi anni, sembra che la storia naturale sia più favorevole rispetto a quanto si pensasse 10 anni fa, specie in alcuni sottogruppi come i bambini e le donne giovani. Negli Stati Uniti, dove la prevalenza

dell'infezione cronica da virus dell'epatite C è del 2% circa (in Italia è in media del 3%, ma con ampie variazioni geografiche e con punte del 30% negli ultrasessantenni) è previsto un incremento di ben quattro volte dei portatori cronici del virus C nel periodo 2002-2015. Tale incremento dovrebbe essere provocato dai nuovi casi di epatite C, ormai per la maggior parte dovuti al problema della tossicodipendenza, poiché le epatiti C post-trasfusionali sono molto rare per i controlli che vengono correntemente eseguiti sulle sacche di sangue da trasfondere. Da qui il suggerimento del National Institute of Health di intraprendere dei programmi di trattamenti mirati al problema dell'epatite C nel tossicodipendente. L'epatite cronica da virus C può essere trattata con due farmaci antivirali chiamati: interferone pegilato, che si pratica una sola volta la settimana con una puntura sottocutanea, e ribavirina che si assume per via orale. La probabilità di ottenere una risposta favorevole alla terapia supera il 50%. In effetti, ottenere una risposta favorevole alla terapia, definita come normalizzazione delle transaminasi e come scomparsa del virus dal sangue (entrambi tests effettuabili con un semplice prelievo di sangue), è considerato un risultato molto importante in termini di prognosi, cioè questi pazienti andranno incontro molto meno o per nulla, nel loro futuro, alle complicanze temibili della malattia di fegato, quali la cirrosi epatica ed il tumore del fegato.

Tuttavia, la maggior parte dei portatori cronici del virus dell'epatite C non viene trattata con questi farmaci per la presenza di controindicazioni di vario tipo alla terapia, che è gravata da effetti collaterali di rilievo. In altri termini, i pazienti, nella vita reale,

sono diversi e meno "perfetti" di quelli inseriti negli studi clinici finora effettuati, e quindi l'efficacia globale della terapia antivirale per l'epatite C, nella pratica clinica di ogni giorno, probabilmente non supera il 10-20%, poiché, nei fatti, molti pazienti non vengono trattati. Il suggerimento che proviene dagli Stati Uniti è quello di cercare di adeguare il trattamento ai pazienti più difficili da trattare, modificando la dose del farmaco, la durata del trattamento, o ricorrendo ad associazioni con altri farmaci in via sperimentale. Inoltre, esistono delle aree di "incertezza" (ad esempio, per i pazienti con transaminasi normali ma con il virus C presente nel sangue, per quelli con malattia di fegato molto lieve, per coloro che non hanno risposto favorevolmente alla terapia una prima volta) per le quali il paziente dovrebbe essere informato chiaramente che il trattamento che gli si propone è sperimentale, nel senso che andrebbe utilizzato soltanto all'interno di un protocollo definito ed approvato dalla Commissione Etica del Centro Epatologico al quale il soggetto si affida.
Infine, è stato sottolineato il recente suggerimento di limitare l'uso della biopsia del fegato ai casi nei quali esista una chiara motivazione, ed a ridurre la durata della terapia con interferone pegilato e ribavirina a sei mesi (al posto di 12 mesi) nel caso in cui la struttura del virus dell'epatite C (genotipo) lo renda più sensibile alla terapia. Entrambi suggerimenti utili in termini di risparmio di costi per il sistema sanitario e di fastidi per il paziente.

**Silvio Magrin (Direttore),
Santi Lauria (Dirigente medico)**
Unità Operativa di Medicina Interna,
Ospedale di Alcamo, AUSL 9, Trapani

CONVEGNO FeDerSerD promosso dalle federazioni regionali PUGLIA e BASILICATA

USO ABUSO DIPENDENZA:

l'etica di agire e i modelli di azione tra complessità e integrazione

Venerdì 25, Sabato 26 giugno 2004 - BARI - Majesty Hotel - tangenziale sud, svincolo per Japigia uscita 15

Comitato promotore: *Direttivo Nazionale FeDerSerD*

Comitato Organizzatore Interregionale: Roberto Cataldini, Donato Donnoli

Comitato Scientifico: *Comitato Nazionale FeDerSerD*:

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

Patrocini
richiesti: Presidenza Regione Puglia
Assessorato alla Salute della Regione Puglia
AA.SS.II LE/2 - LE/1 - BR/1 - TA/1 - BA/5 - BA/4 - BA/3 - BA/2 - BA/1 - FG/3 - FG/2 - FG/1
Università agli Studi di Bari - Lecce - Foggia
Ordini Professionali: Medici/Psicologi/Assistenti Sociali/Infermieri/
Educatori Professionali
SIP (Società italiana di psichiatria)
SIMG (Società italiana di medicina generale)
FICT (Federazione italiana comunità terapeutiche)
CNCA (Coordinamento nazionale comunità di accoglienza)
APuDiD (Associazione pugliese direttori e dirigenti di distretto)
Consulta Scientifica e Associazioni Professionali Dipendenza

PROGRAMMA PRELIMINARE

Venerdì 25 giugno 2004

ore 13.30 Registrazione partecipanti
ore 14.30 Saluto di apertura e Presentazione del Convegno
Alessandro Coacci - Presidente FeDerSerD
Alfio Lucchini - Segretario esecutivo FeDerSerD
Roberto Cataldini, Donato Donnoli - Comitato Organizzatore Interregionale
ore 15.00 Saluti delle Autorità
Presidente della Regione Puglia - On. *Raffaele Fitto*
Assessore Regionale al Bilancio - Dr. *Rocco Palese*
Assessore Regionale alla Salute - Dr. *Salvatore Mazzaracchio*

Sessione L'ETICA E L'AGIRE
ore 15.30 Coordinatori: *Bernardo Grande, Donato Donnoli*
Indirizzi normativi, strategie sociali e valorizzazione delle risorse
Giovanni Nicoletti
ore 16.30 Coffee break
ore 16.45 Pratica operativa ed Etica professionale
Maurizio Fea
ore 17.45 Tavola Rotonda:
I percorsi di una possibile e specifica integrazione
Discutono:
Alfio Lucchini Salvatore Mazzaracchio
Nicola Rosato Don Egidio Smacchia
Rocco Palese Lucio Babolin
ore 18.30 Dibattito e Confronto

Sabato 26 giugno 2004

ore 9.00 **Sessione I MODELLI DI AZIONE**
Introduzione: *Roberto Cataldini*
Lezione magistrale: *Marcello Nardini*
Tra complessità e semplificazioni:
diagnosi come processo di conoscenza della realtà;
terapie possibili come occasioni di reale cambiamento
ore 9.30 **MODELLI CLINICI**
Coordinatori: *Gaetano De Ruvo, Eugenia Vernole*
Gilberto Gerra Aspetti neuropsicofarmacologici della
dipendenza patologica
Claudio Leonardi Buprenorfina: lo stato dell'arte
Michele Ferdico Disregolazione dei κ oppioidi e patologie
psichiatriche
ore 11.15 Dibattito e Confronto
ore 11.30 Coffee break
MODELLI COMPLESSI
Coordinatori: *Vincenzo Simeone, Antonello Taranto*
Francesco Margari Diagnosi, doppie diagnosi e più terapie
Vincenzo Martinelli Le terapie residenziali: comunità e territorio
Ezio Manzato Alcolismo: il trattamento riabilitativo integrato
P. Fausto D'Egidio I modelli organizzativi e la valutazione
ore 13.30 Dibattito e Confronto
Lunch
ore 14.30 **Sessione I MODELLI DI AZIONE TRA RISORSE E INTEGRAZIONE**
MODELLI INTEGRATI DI INTERVENTO
(per una comunità competente)
Coordinatori: *Alberto Santamaria, Vincenzo Leone*
Roberto Faiulo Prevenzione primaria e territorio: tra il fare
e il progettare
Antonio De Benedictis Medicina generale come risorsa
Enrico Nocera Il carcere: pena e cura
Roberta Balestra Riabilitare/Abilitare: la guarigione come
dimensione sociale
ore 16.00 Dibattito e Confronto
OPPORTUNITÀ E RISORSE
Coordinatori: *Salvatore Della Bona, Francesco Catalucci*
Marcellina Bianco Il counseling infermieristico
Lucia D'Ambrosio La formazione come spazio utile di verifi-
ca e di crescita professionale
Piero Fundone Ruoli professionali: conoscenza, compe-
tenze e ricerca
Marisa Lieti Il lavoro oltre il burnout: tra l'impegno e il
disimpegno
ore 17.30 Dibattito e Confronto
ore 18.00 Conclusioni e Chiusura del Convegno
Compilazione e consegna Questionario ECM
Questionario individuale su esigenze e richieste formative

RELATORI e COORDINATORI

LUCIO BABOLIN
(Presidente CNCA)
ROBERTA BALESTRA
(Direttore Dipartimento Dipendenze ASL di Trieste)
MARCELLINA BIANCO
(Presidente Società italiana infermieri dipendenze e
patologie correlate)
ROBERTO CATALDINI
(Dirigente Medico, Psichiatra Ser.T. di Gallipoli A.USL LE/2)
FRANCESCO CATALUCCI
(Coordinatore Dipartimento Dipendenze A.USL BR/1)
ALESSANDRO COACCI
(Direttore Dipartimento Dipendenze A.USL di
Grosseto/Presidente FeDerSerD)
LUCIA D'AMBROSIO
(Responsabile Ser.T. Matera)
ANTONIO DE BENEDICTIS
(Presidente SIMG di Lecce)

SALVATORE DELLA BONA
(Coordinatore Dipartimento Dipendenze A.USL LE/2)
GAETANO DE RUVO
(Dirigente Medico, Neurologo, Ser.T. di Bitonto A.USL BA/4)
PIETRO FAUSTO D'EGIDIO
(Direttore Servizio Dipendenze ASL di Pescara)
DONATO DONNOLI
(Dirigente Medico Ser.T. di Marsicovetere - Potenza)
MAURIZIO FEA
(Psichiatra, Formatore - Pavia)
ROBERTO FAIULO
(Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta Ser.T. di Gallipoli
A.USL LE/2)
MICHELE FERDICO
(Dirigente Medico, Psichiatra, Ser.T. di Sciacca A.USL di
Agrigento)
On. RAFFAELE FITTO
(Presidente Regione Puglia)

PIERO FUNDONE
(Responsabile Ser.T. Melfi A.USL di Venosa)
GILBERTO GERRA
(Dirigente Centro Studi Farmacodipendenze Ser.T. A.USL di
Parma Osservatorio Nazionale Tossicodipendenze di Roma)
BERNARDO GRANDE
(Direttore Dipartimento Dipendenze ASL di Catanzaro -
Vice Presidente FeDerSerD)
CLAUDIO LEONARDI
(Direttore Ser.T. Asl Roma C)
VINCENZO LEONE
(Coordinatore Sanitario Associazione Emmanuel)
MARISA LIETI
(Psichiatra A.USL TA/1)
ALFIO LUCCHINI
(Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano2 -
Segretario Esecutivo FeDerSerD)
EZIO MANZATO
(Direttore Ser.T. - Servizio Alcolologia Azienda ULSS 21
Legnago Verona)

FRANCESCO MARGARI
(Docente Psicologia Medica, Ricercatore, Dipartimento Scienze Neurologiche Psichiatriche Università di Bari - Vice Presidente SIP - Puglia/Basilicata)
VINCENZO MARTINELLI
(Presidente Cooperativa Sociale "L'Aquilone" Potenza)
SALVATORE MAZZARACCHIO
(Assessore alla Salute Regione Puglia)
MARCELLO NARDINI
(Ordinario di Clinica Psichiatrica Dipartimento Scienze Neurologiche Psichiatriche Università di Bari - Vice Presidente SIP)
GIOVANNI MIGLETTI
(Dirigente Medico - Ministero della Salute - Roma)
ENRICO NOCERA
(Dirigente Medico Ser.T. di Conversano A.USL BA/5)

ROCCO PALESE
(Assessore al Bilancio Regione Puglia)
NICOLA ROSATO
(Direttore Generale Azienda Usl LE/2 di Maglie)
ALBERTO SANTAMARIA
(Coordinatore Dipartimento Dipendenze A.USL BA/4)
VINCENZO SIMEONE
(Coordinatore Dipartimento Dipendenze A.USL TA/1)
DON EGIDIO SMACCHIA
(Presidente Fret)
ANTONELLO TARANTO
(Coordinatore Dipartimento Dipendenze A.USL BA/2)
EUGENIA VERNOLE
(Dirigente Medico, Psichiatra Ser.T. di Martina Franca A.USL TA/1)
Rappresentante FICT
Rappresentante CNCA

INFORMAZIONI

Target: professionisti dei servizi pubblici e del privato accreditato

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 - www.expopoint.it/congressi.htm - www.federserd.it

Crediti ECM:

Il Convegno è stato accreditato per tutte le figure professionali peranti nei Ser.T. e nel privato accreditato: medico, in attesa di crediti; psicologo, in attesa di crediti; infermiere, in attesa di crediti, educatore professionale, in attesa di crediti

Per altre figure professionali non accreditabili verrà rilasciato attestato di partecipazione

DALLE REGIONI

**Primo Congresso
FeDerSerD CAMPANIA**

Napoli, 1-2 luglio 2004

**Policonsumi
Alcolismo
Trattamenti**

**Segreteria Organizzativa:
studioesse tel. 0818904040
segreteria@studioesse.net**

**Formazione breve ECM 2004 FeDerSerD
Corsi previsti nei mesi di maggio e giugno**

Prosegue anche nel 2004 l'attività formativa scientifica breve della Federazione. I corsi durano una giornata. Sono strutturati con una modulazione tra sessioni plenarie per tutte le figure accreditate e sessioni parallele per professionalità, nell'ottica di una formazione continua sui temi dei principali trattamenti farmacologici. Ogni Corso è rivolto a 90 operatori dei servizi delle dipendenze per i quali sono stati richiesti i crediti formativi ECM suddivisi per medici, psicologi e infermieri professionali.

I docenti per corso sono noti professionisti del settore.

Calendario per i mesi di maggio e giugno

LA CONDIVISIONE DELLE SCELTE TERAPEUTICHE ATTRAVERSO I RAZIONALI SCIENTIFICI ALLA BASE DELLA FARMACOLOGIA DELL'EROINOPATIA

MONTECATINI TERME - 19 MAGGIO 2004 - GRAND HOTEL PANORAMIC

L'INTERVENTO FARMACOLOGICO PER IL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE DA EROINA - RAZIONALI, VISIONI E PERCORSI DI INTEGRAZIONE

BOLOGNA - 20 MAGGIO 2004 - HOLIDAY INN

I SIGNIFICATI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA NEI PERCORSI TERAPEUTICI DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE

ASTI - 28 MAGGIO 2004 - CASTELLO DI CORTANZE

OLTRE LA FARMACOTERAPIA: MODELLI NEUROBIOLOGICI E IMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO NELLA DIPENDENZA DA EROINA

MILANO - 9 GIUGNO 2004 - STARHOTEL SPLENDID

RUOLI ED INTEGRAZIONE TRA I PROFESSIONISTI DEL SER.T NELLA CONOSCENZA E NELLA GESTIONE FARMACOLOGICA DELLA DIPENDENZA DA OPIACEI

ORISTANO - 15 GIUGNO 2004 - HOTEL MISTRAL DUE

LE STRATEGIE DELL'INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLA DIPENDENZA DA EROINA: ASPETTI NEUROBIOLOGICI, PSICOLOGICI E GESTIONALI

MESTRE-MARGHERA - 16 GIUGNO 2004 - HOLIDAY INN

DIPENDENZA DA EROINA: LA SCELTA FARMACOLOGICA CONDIVISA ALL'INTERNO DEL SER.T

FROSINONE - 30 GIUGNO 2004 - HOTEL CESARI

ESSEX Italia contribuisce al progetto formativo.

**HEALTH CARE
EXECUTIVE MASTER
organizzato da
ISTUD e FeDerSerD
Montecatini Terme
23-26 marzo 2004**

Marketing, Negoziazione, Leadership, Manager sono termini e strumenti poco diffusi e utilizzati nei nostri servizi che tuttavia hanno suscitato un notevole interesse al Master organizzato da Istud e FeDerSerD a Montecatini Terme per i Direttori dei Dipartimenti e dei Servizi Dipendenze.

Il terzo modulo del Master biennale è stato un vero successo per il coinvolgimento e la partecipazione attiva, suscitata da docenti brillanti (Nucci Maruccci, Luca Quaratino e Franco Chesi) che hanno saputo trasferire con sapienza professionale ai trentacinque partecipanti, il desiderio di affrontare con competenza queste tematiche, di sicuro interesse ed importanza, ma spesso relegate in attività di nicchia, dalla pressione del contingente del quotidiano.

Lo sviluppo di queste competenze è diventata una necessità inderogabile, per potere affrontare la complessità dei compiti e delle responsabilità che spettano a direttori di strutture complesse che hanno il dovere di trovare e negoziare risorse, valorizzare adeguatamente le attività quotidianamente sviluppate nei servizi, aumentare l'appeal delle nostre strutture, farle conoscere anche al grande pubblico.

È sapere scientifico anche questo, non dimentichiamolo, e forse in questa fase storica, anche più importante di altri saperi con i quali abbiamo più dimestichezza.

Non basta saper fare e saper essere, bisogna anche sapere proporre e convincere.

SECONDO CONGRESSO NAZIONALE A PARTECIPAZIONE INTERNAZIONALE DI FEDERSERD
FIRENZE, PALAZZO DEI CONGRESSI, 17-20 OTTOBRE 2004

LE RADICI DELL'INNOVAZIONE
DIPENDENZE - CONSUMI - RESPONSABILITÀ SOCIALI

Domenica 17 ottobre

Ore 17.30-20.00

Palazzo Vecchio

Sala dei Cinquecento

Presiedono: Ufficio di Coordinamento nazionale FeDerSerD

Intervento delle autorità locali e regionali

Prolosure al Congresso di Rita Levi Montalcini (Presidente onorario FeDerSerD, Premio Nobel per la Medicina) e Edoardo Boncinelli (biologo e filosofo della scienza): "Mente, Cervello e Dipendenze"

Cocktail di benvenuto

Lunedì 18 ottobre

Prima sessione plenaria 9.30-11.30

Salute delle Autorità nazionali ed europee

Relazione di Alessandro Coacci, Presidente di FeDerSerD

Ricordo di Mario Santi e Riccardo Bordoni

Partecipano Associazioni Internazionali

Seconda sessione plenaria 11.30-13.30

Hashish e marijuana fanno male? Farmacologi a confronto

e... la parola ai consumatori

Terza sessione parallela 14.30-17.00

Dipendenze e Psichiatria: percorsi terapeutici integrati

Quarta sessione parallela 14.30-17.00

Per una Prevenzione specifica delle Dipendenze

Quinta sessione plenaria 17.15-18.30

Lettura "Le neuroscienze e l'alcolismo"

Ore 20.30

Cena di gala

Certosa del Galluzzo - Firenze

A favore della Fondazione Rita Levi Montalcini

Martedì 19 ottobre

Sesta sessione parallela 9.00-13.00

Prospettive terapeutiche farmacologiche

Settima sessione parallela 9.00-13.00

Criminologia e dipendenze

Ottava sessione parallela 9.00-13.00

Formazione ed etica per il sistema di intervento

Nona sessione parallela 14.00-18.00

Mondo del lavoro e droghe: tossicologia forense, contesti e regole sociali

Decima sessione parallela 14.00-18.00

Stato, Regioni, ASL, Enti Locali: un continuum virtuoso?

Undicesima sessione parallela 14.00-18.00

Infezioni da HIV e disfunzioni metaboliche nel paziente tossico-dipendente: interazioni farmacologiche e problemi terapeutici

Assemblea nazionale FeDerSerD 18.00

Martedì mattina

In un auditorium fiorentino

Evento parallelo

"Le Droghe: uno spettacolo" di Edoardo Polidori

(evento teatrale per studenti e insegnanti)

Mercoledì 20 ottobre

Dodicesima sessione parallela 9.00-13.00

Cultura e antropologia del consumo e abuso di droghe

Tredicesima sessione parallela 9.00-13.00

Alcol, Guida, Mondo della Notte

Quattordicesima sessione parallela 9.00-13.00

Metodologia di applicazione della ricerca nel settore delle dipendenze: la realtà internazionale

Quindicesima sessione parallela 14.00-16.00

Infezione da Virus Epatici correlate all'HIV nel paziente tossico-dipendente

Sedicesima sessione parallela 14.00-16.00

Dipendenza e cronicità

Diciassettesima sessione parallela 14.00-16.00

Medici di medicina generale e dipendenza

Diciottesima sessione plenaria 16.00-17.30

Modelli organizzativi del sistema di intervento
Il tavolo di alta integrazione

Conclusioni del Congresso 18.00

Direttivo Nazionale di FeDerSerD 18.00

È prevista una sessione poster.

Alcune notizie generali:

- Sale congressuali: aula magna centro congressi (1.000 posti), sala parallela A (400 posti), sala parallela B (200 posti).
- Figure accreditate ECM : medici, psicologi, infermieri, educatori prof., asv, biologi, farmacisti.
- Quote di iscrizione:
180 € laureati/150 € non laureati - non iscritti FeDerSerD
100 € laureati/70 € non laureati - iscritti FeDerSerD
80 € operatori non soggetti a ECM (sociologi, assistenti sociali, amministrativi)
40 € studenti
Esclusa IVA - per i soggetti tenuti al pagamento.
- Cena di gala esclusa dalla quota di iscrizione.

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

www.expopoint.it/congressi.htm

www.federserd.it

Due presentazioni, a Roma e a Milano, del volume curato da FeDerSerD "Manuale delle urgenze ed emergenze nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanili"

Nel locale BAR BAR in Via Ovidio a Roma venerdì 19 dicembre 2003 si è tenuta la prima presentazione. In una bella atmosfera, ospitati dal vicepresidente nazionale del SILB Antonio Flamini, che ha aperto la serata, il Presidente della Federazione Alessandro Coacci ha illustrato l'iniziativa alla stampa, e il Segretario esecutivo Alfio Lucchini si è soffermato sui contenuti del volumetto. Hanno preso la parola anche il Prefetto Pietro Soggiu e Teodora Macchia dell'Istituto Superiore di Sanità, che hanno valorizzato l'iniziativa e auspicato una ampia diffusione del volume. Erano presenti per il direttivo nazionale di FeDerSerD anche Claudio Leonardi e Raffaele Lovaste.



Affollata la serata organizzata a Milano, presso la centralissima discoteca LA BANQUE, durante il congresso di Milanofiori, l'8 marzo. Con il vicepresidente del SILB Maurizio Pasca e Alessandro Coacci hanno preso al parola il dirigente nazionale del CNCA Riccardo De Facci e della FICT Marco Cafiero. L'on. Giuseppe Lumia ha voluto come sempre dare senso alla sua presenza con parole di conferma del suo impegno per gli operatori del settore e di sostegno alla nostra Federazione e alle sue iniziative. Al momento conviviale che è seguito hanno partecipato gli studiosi presenti al Congresso e molti dirigenti nazionali della Federazione.



ORGANIZZAZIONE

Alcune immagini del Convegno di Milano "Le forme della integrazione", Milanofiori 8 e 9 marzo 2004



DALLE REGIONI

Costituita la Federazione Lombarda di FeDerSerD

Al termine dei lavori del Congresso tematico nazionale di FeDerSerD "Le forme della integrazione", che rappresenta il punto più alto dopo Cernobbio delle capacità organizzative espresse anche dalla struttura lombarda della Federazione, sulla scorta delle indicazioni del Direttivo nazionale di FeDerSerD, si è costituita formalmente la Federazione Lombardia, ai sensi dello statuto nazionale e dello statuto regionale.

La Federazione conta su 207 iscritti per il 2004, alla data del 30 marzo.

Ha sede provvisoria presso la sede della redazione di Mission, via Martiri della Libertà n. 21, 20066, Melzo (Milano). E-mail provvisoria missiondirezione@tiscali.it

Il Dott. Edoardo Cozzolino, Direttore Ser.T. a Milano, è stato indicato dal Direttivo Nazionale di FeDerSerD quale coordinatore e incaricato di individuare la proposta definitiva degli organi dirigenti.

Affiancano il Dott. Cozzolino:

- la Dott.ssa Antonia Cinquegrana, direttore Ser.T. a Brescia,
- il Dott. Claudio Tosetto, direttore Ser.T. a Varese,
- il Dott. Carlo Fogaroli, direttore Ser.T. a Bergamo,
- la Dott.ssa Cosetta Greco, responsabile Servizio Alcologia a Limbiate - Milano,
- I.P. Giuseppe Pietrobelli, Servizio Territoriale Dipendenze, Bergamo.

Sono membri di diritto del direttivo regionale, in qualità di esponenti lombardi del direttivo nazionale:

- il Dott. Alfio Lucchini, direttore di Dipartimento - Milano 2,
- il Dott. Maurizio Fea, psichiatra e formatore.

L'obiettivo del gruppo costituitosi è di definire, in attesa della prima assemblea dei soci, la struttura del direttivo e del comitato tecnico scientifico provvisori della Federazione Lombardia.

Per quanto riguarda il Comitato Tecnico Scientifico, la proposta di definizione sarà formulata dal Comitato Direttivo provvisorio, integrato dal:

- Dott. Vincenzo Marino, direttore di Dipartimento - Varese, membro del Comitato Etico Scientifico Nazionale,
- Dott.ssa Laura Tidone, direttore di Dipartimento - Bergamo.

Sarà salvaguardata nella composizione del direttivo la presenza di tutte le professionalità (almeno di medico, psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sociale) e una rappresentatività delle province lombarde.

Considerato il numero di iscritti del privato sociale, è altresì da valutare la presenza in direttivo di un rappresentante degli aderenti.

Il gruppo incaricato rappresenterà fin da ora la Federazione Lombardia negli ambiti istituzionali e rappresentativi.

Infine, considerato che la Regione Lombardia ha 9 milioni di abitanti, 11 province e un migliaio di operatori (solo limitandoci al servizio pubblico) e che la interdisciplinarietà è da tempo praticata nei servizi, sarà valutata la necessità di richiedere al Direttivo Nazionale una deroga al numero massimo di membri del Direttivo Regionale.

Direttivo nazionale di Montecatini del 25 marzo 2004

A Montecatini Terme, a margine dei lavori del Master in Economia sanitaria e comunicazione, si è riunito il 25 marzo, alle ore 18.00, il direttivo nazionale di FeDerSerD.

Ha introdotto i lavori il Presidente che ha voluto segnalare il successo continuo della Federazione e, per limitarsi al mese di marzo, ha ricordato il Congresso di Milano l'8 e 9 marzo con oltre 500 presenze, il Master in corso, e la presenza scientifica a Roma a Palazzo Marini il 24 marzo alla iniziativa su "Adolescenza e Dipendenze" con il Presidente della Camera dei Deputati.

Ha relazionato quindi il segretario esecutivo Lucchini sul Congresso nazionale di Firenze.

Sono stati esaminate tutte le sessioni congressuali, apportate modifiche e assegnati i compiti di coordinamento tra tutti i membri del direttivo nazionale.

Importante l'adesione preliminare dei relatori contattati, studiosi tra i più significativi del panorama italiano e internazionale.

Alcune premesse ritenute fondamentali dal Direttivo: impegnarsi da subito per avere un ufficio stampa efficace e lavorare sulle regole congressuali. A questo ultimo riguardo è stata ratificata alla unanimità la costituzione dell'Ufficio di Coordinamento Nazionale (Coacci, Grande, Lucchini, Fea, D'Egidio, D'Orsi, Faillace) che ha il compito di produrre proposte utili alla gestione congressuale, alle regole elettorali, nonché di gestire, coadiuvando il presidente, la Federazione per la parte corrente, riferendo al direttivo le scelte più significative. Il segretario esecutivo Lucchini ha illustrato anche la situazione economica per il Congresso di Firenze, esprimendo un parere confortante, pur tra qualche difficoltà. Viene unanimemente approvato lo schema del congresso nazionale del 17-20 ottobre 2004.

Il Direttivo ha esaminato ed approvato quindi unanimemente un documento di norme logistiche, organizzative e comportamentali generali.

Hanno poi preso la parola i due delegati Cataldini e Donnoli per il Congresso interregionale di Bari del 25 e 26 giugno 2004. La rilevanza del congresso è stata sottolineata dai presenti. Il dibattito ha segnalato la necessità di sviluppare nelle Regioni Puglia e Basilicata la struttura di FeDerSerD e i delegati regionali ne hanno illustrato la realtà locale.

È seguita una panoramica su altre iniziative regionali previste per il 2004: si provvederà alla calendarizzazione in raccordo con gli organismi nazionali.

Sono infine stati calendarizzati due riunioni del direttivo nazionale per l'esame del bilancio consuntivo 2003 in aprile e per l'approvazione del regolamento congressuale in giugno. La seduta si è conclusa alle ore 1.30.

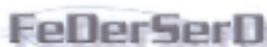
NOTIZIE IN BREVE

Gilberto Gerra rappresenterà l'Italia nell'organismo delle Nazioni Unite preposto al controllo della droga (International Narcotics Control Board), un'agenzia di notevole rilevanza strategica.

L'elezione è stata una conferma del prestigio di cui gode l'Italia nel sistema dell'Onu e nelle attività di controllo e contrasto del traffico di stupefacenti.

La candidatura di Gerra è prevalsa su un nutrito gruppo di concorrenti qualificati raccogliendo un ampio numero di consensi.

I complimenti di FeDerSerD, che ha l'onore di avere Gilberto Gerra tra i suoi aderenti e come membro del Comitato Scientifico Nazionale.



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,
Edoardo 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 2004 - 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 ____ / ____ / 2004 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 _____