

# 13/2005

Anno IV - I trimestre

## Sommario

FeDerSerD proclama lo stato di agitazione del settore delle dipendenze in Italia 1  
Verso la quarta Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope 2

### CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Tossicomania e psicopatologia: la presa in carico integrata nell'U.O. di Doppia Diagnosi  
*Gilberto Di Petta* 13  
Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole  
*Pietro Casella, Anna De Santi, Luana Penna, Gianfranco Tarsitani, Piergiorgio Zuccaro* 19  
La valutazione del grado di conoscenza sul doping sportivo nei giovani sportivi. Una nuova proposta metodologica: "il PD-test"  
*Manlio Protano, Luigi Luongo, Sergio Brunamontini, Nicola Mucciante* 22  
Analisi qualitativa e semi-quantitativa di Amfetamine/Metamfetamine in campioni urinari  
*I. Amoroso, L. Vrenna, R. Fiore, D. Giardiello, M.C. Visconti, R. Gionfriddo, V. Castrogiovanni* 27  
Nuove droghe e Servizi per le dipendenze patologiche  
*Donato Donnoli* 33  
Droga e sesso: esperienze ad alto costo e ad alto rischio  
*Gianlorenzo Beretta, Annalisa Pistuddi, Sergio Carasi, Augusto Ermentini* 36  
Adolescenza e criminalità: il disagio del quartiere di Scampia (NA)  
*Goffredo Miano, Rosaria Dell'Aversana* 39

### NOTIZIE IN BREVE

Euroconferenza di Melfi (11-12 marzo) Risoluzione Finale 21  
Il nuovo coordinamento della Consulta delle Società Scientifiche e Professionali 38  
Nominata la Consulta delle Tossicodipendenze DPR 309/90 43  
FeDerSerD propone all'ARAN l'estensione alla dirigenza dell'art. 27 del CCNL 47

### FeDerSerD/FORMAZIONE

Eventi formativi (maggio-novembre 2005) 46

### ORGANIZZAZIONE

Statuto della Federazione (dopo le modifiche approvate dall'Assemblea Nazionale, Firenze 19 ottobre 2004) 44  
Ufficio di Presidenza, Roma 15 febbraio 2005 47  
Audizione di FeDerSerD al Senato in merito ai disegni di legge in materia di tossicodipendenze 48

RECENSIONI 17

FrancoAngeli

# Mission

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



## FeDerSerD proclama lo stato di agitazione del settore delle dipendenze in Italia

Il Presidente nazionale della Federazione Alessandro Coacci nell'aprire a Milano il Congresso della Federazione Regionale Lombarda, alla presenza di 500 professionisti e del Consiglio direttivo nazionale di FeDerSerD, ha segnalato con preoccupazione il progressivo impoverimento delle risorse destinate al settore delle dipendenze in Italia.

Non solo riduzione di risorse, ma anche scelte preoccupanti delle Amministrazioni regionali e delle singole Aziende sanitarie in materia di organizzazione dei Servizi.

Dipartimenti che vengono aboliti, Servizi ridotti a piccole unità operative, finanziamenti del fondo nazionale per la lotta alla droga che vengono destinati ad altre aree.

Tutto ciò in un momento in cui non solo aumentano le persone che fanno abuso di cocaina o di più sostanze, ma queste stesse persone evidenziano fenomeni sempre più gravi di compromissione del proprio stato psichico che necessitano di cure adeguate.

Servono quindi servizi professionali efficienti, servizi integrati con il privato sociale, servizi in grado di fronteggiare con competenza lo sviluppo drammatico e tumultuoso delle patologie connesse alla dipendenza da sostanze e non solo.

Per questi motivi la Federazione Nazionale degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze – FeDerSerD – proclama lo stato di agitazione del settore, in tutta Italia, segnalando lo stato di progressivo abbandono e mortificazione da parte del sistema sanitario (Regioni e ASL) di questo settore, con le conseguenze immaginabili a carico di cittadini già socialmente più deboli e di famiglie abitualmente trascurate.

La Federazione si impegna a sostenere lo stato di agitazione con iniziative di sensibilizzazione a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale, per contrastare scelte giudicate negative e dannose per la salute di tutti i cittadini.

Milano 17 marzo 2005

# Mission

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

FrancoAngeli

ANNO IV, 2005 - N. 13

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Matteotti 72, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, 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, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

Responsabile di Redazione

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,  
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717  
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  
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.  
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.  
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tri-  
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 17 marzo 2005

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.000 copie



## Verso la quarta Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope: le aspettative del Sistema di Intervento

*In chiusura del secondo Congresso Nazionale di FeDerSerD si è svolta, il 20 ottobre 2004, una Tavola Rotonda tra tecnici del pubblico e del privato non profit e il mondo della politica. Il recente annuncio della celebrazione della Conferenza, dal 20 al 22 settembre a Pescara, rende ancora più attuale questo dibattito.*

Il segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD **Alfio Lucchini** ha dato inizio alla XVIII sessione chiamando alla presidenza Maurizio Fea del Direttivo Nazionale di FeDerSerD, Paolo Lucchese vicepresidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, Andrea Fantoma, dirigente del Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga della presidenza del Consiglio dei Ministri, Lucio Babolin presidente del CNCA e Don Egidio Smacchia presidente della FICT.

“Questa XVIII ed ultima sessione si pone l’obiettivo di un confronto tra operatori del Servizio Pubblico, operatori del Privato Sociale non profit, dirigenti del Dipartimento Nazionale Antidroga, quindi dello Stato, e esponenti del mondo della politica, in riferimento ad un importante appuntamento che qui è stato annunciato da Nicola Carlesi e cioè la IV Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. La Conferenza che periodicamente, in base al DPR 309, è il luogo di ampia discussione tra tutto il Sistema, non solo il Sistema di intervento, ma anche lo Stato, i Ministeri competenti, le Regioni, le Aziende Sanitarie Locali, i Comuni, il volontariato e tutto il momento organizzativo del settore delle Dipendenze. Conferenza che deve servire a dare anche indicazioni al Governo e al Parlamento rispetto alle linee di contrasto alla diffusione delle droghe. Un appuntamento molto importante che deve vedere, e sicuramente vedrà, gli operatori del settore come parte centrale. Ed io credo, cominciando con alcune considerazioni, che sono anche delle domande per i presenti, che fondamentalmente questo Congresso così partecipato ci ha detto che vi è una ricchezza eccezionale tra gli operatori del settore, vi è una voglia di approfondire le tematiche, vi è una voglia di esserci nel dibattito sia scientifico che istituzionale. Credo che sia importante riuscire sempre a collegare la necessità dell’approfondimento scientifico ad aspetti culturali più generali, ampiamente discussi in questo Congresso, e a una riflessione sugli aspetti istituzionali e organizzativi del nostro lavoro. Allora se questo Congresso ci ha detto che vi è nel nostro Paese questa grande ricchezza, ci ha anche detto chiaramente che vi sono molti temi sui quali bisogna approfondire la riflessione. Temi quali la formazione, il carcere, la doppia diagnosi, il diffondersi dell’uso di cocaina, che per l’aspetto scientifico sono apparse tematiche assolutamente centrali, ma anche una necessità di confronto e di chiarimento importante per quanto riguarda il rapporto tra gli organi dello Stato nel combattere il fenomeno delle droghe. Quindi delineare tra Stato, Regioni, Aziende Sanitarie Locali e Comuni, un continuum virtuoso, continuum che non c’è in questo momento. La preoccupazione veramente forte che questa disaggregazione tra gli organi fondamentali dello Stato vada addirittura approfondendosi è in noi



Alfio Lucchini

assolutamente presente, direi in primis in noi Operatori Pubblici. Ecco vorrei sottolineare questo aspetto e invitare i presenti ad affrontarlo. Qui non si tratta di disconoscere le autonomie regionali promosse dalla Costituzione, in via di ulteriore definizione, ma affermare che se veramente vogliamo costruire un Sistema che possa dare dei risultati in un campo come quello delle politiche antidroga credo che la giusta definizione dei rapporti tra questi organismi fondanti sia assolutamente da rivedere. Io non mi soffermo su tutti i tentativi che sono stati fatti in questo senso in questi anni e sulla legislazione che via via è stata prodotta, ma chiederei, ad esempio al mondo della politica e al Dipartimento Nazionale Antidroga, come dal loro punto di vista si può veramente rendere virtuoso questo circuito di competenze. Perché la carenza di virtuosità porta alla frammentazione, porta alla dispersione delle risorse, porta alla impossibilità della progettazione, porta alle considerazioni che portarono poco tempo fa FeDerSerD, CNCA e FICT ancora una volta riunite a questo tavolo, a cominciare a riflettere con il Progetto denominato di Alta Integrazione, partendo si con un documento sul Dipartimento delle Dipendenze ma prima ancora dall'evidenziare le difficoltà. di cui ho fino ad ora parlato. Una seconda domanda che i tecnici fanno alla politica è quella più specifica: non si pensa che sia ora di finirla con bizantinismi, addirittura utilizzo di termini stravaganti, con una serie di azioni che vengono fatte a vari livelli, ad esempio a livelli regionali, per impedire di fatto anche dal punto di vista nominale, la costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze? Non si pensa forse che sarebbe anche una logica costruzione quella di un Dipartimento come noi lo definiamo, un Dipartimento di incontro tra pari, un Dipartimento forte ma nello stesso tempo partecipato ed elastico, che tenga insieme le forze di un determinato territorio ma forte con un budget e una capacità di incidere nel Territorio. Ecco non si pensa che un fenomeno così complesso, tutti lo diciamo, tutti siamo d'accordo, non meriti che nelle Aziende Sanitarie Locali, vi sia un Dipartimento che possa poi rapportarsi alle altre Istanze anche superiori e all'organizzazione più complessiva dello Stato. Che cosa impedisce di arrivare ad una definizione di questo tipo?"

**Maurizio Fea**, nel prendere la parola, si è riproposto di entrare nel merito di alcune questioni che sono da sempre nodi critici per il sistema delle dipendenze.

"Quello che noi abbiamo visto in queste giornate di Convegno è una rappresentazione direi piuttosto chiara, talora contraddittoria al suo interno, perché i modelli esplicativi sono diversi, perché le rappresentazioni che ciascun modello esplicativo della tossicodipendenza ci fornisce hanno delle sfaccettature e delle articolazioni diverse. Credo che in tutti i lavori che sono stati presentati, siano stati affrontati tutti gli elementi che compongono questa complessità. Tante volte si dice complessità e in realtà è come dire nulla se non si cerca di declinarla questa complessità; mi sembra che in queste tre giornate di Convegno, questa complessità sia stata declinata e articolata nei suoi punti essenziali, cruciali, centrali.

La sensazione che si riporta sempre, anche quando le cose vanno bene, come sono andate in queste giornate, è: ok va bene il trasferimento di questa complessità, ovvero l'operazione che consente al sapere tecnico-scientifico di fornire al decisore politico gli elementi che gli sono indispensabili per fare sintesi – perché il politico ha bisogno di elementi per fare sintesi, con la complessità il politico si trova male –, ma credo che sia emerso anche un altro aspetto: sono stati caratterizzati gli elementi portanti della complessità e quindi

siamo in grado di fornirli al sistema politico; e badate bene quando parlo di sistema politico non mi riferisco al sistema politico fatto da coloro che in questo momento governano, ma in generale al mondo della politica, perché credo che questo difetto sia un difetto comune al mondo della politica. Qual è il punto in cui possiamo trovare degli incroci che consentono di rappresentare, pure in un sistema semplificato come è quello di cui la politica necessita, quelle che sono le coordinate essenziali di questa storia della tossicodipendenza e che attraversano, diciamo in senso verticale, gli aspetti dei modelli organizzativi e dei processi di lavoro e in senso trasversale, o viceversa, come vi sembra più opportuno, gli aspetti più del sapere tecnico-scientifico. Questo incrocio determina un punto come tutte le rette che si intersecano, poi le giriamo sopra o sotto è assolutamente indifferente, ecco a me piacerebbe che si riuscisse a mettere a fuoco questo punto. Cioè quell'elemento che può fare la sintesi, o il punto di partenza se vogliamo, per una nuova riflessione e che dà coerenza ovvero è in grado di proporre dei modelli che siano isomorfi a quello che noi pensiamo essere la tossicodipendenza cosa che attualmente non c'è, non è. I modelli che circolano che rappresentano le possibili forme organizzative sono assolutamente distanti in tutte le progettazioni. Pensare che il fenomeno e i servizi che si occupano di tossicodipendenza possano essere diluiti in una concezione territoriale e quindi perdere tutte quelle caratteristiche, che ne specificano e ne determinano la natura essenziale nel suo rapporto di cura, a mio parere è un errore madornale. Madornale perché sposta questa centratura dell'incrocio dei due vertici. Così come credo che certe rappresentazioni della mission dei servizi del sistema di intervento rispetto alla tossicodipendenza siano sfasate e costituiscano un errore altrettanto considerevole quando non si tiene conto che la tossicodipendenza è la fase finale di un processo e di un percorso che evidentemente ha degli antecedenti complessi, che evidentemente ci pone un problema e questo è un problema scientifico ed etico che è il tentativo che abbiamo fatto in questo Convegno di incrociare queste varie dimensioni per riuscire ad identificare questa centralità. Dire che sono isomorfe ci dice che dobbiamo pensare di introdurre degli aspetti normativi nella nostra cultura che si è pesantemente indebolita di logiche normative e di figure paterne robuste, e che io personalmente ritengo opportune e condivido, non è assolutamente isomorfa con un modello che traduce questa ipotesi in un modello che pretende di assimilare tutto alla regola e alla norma del padre. A me piacerebbe proprio che riuscissimo a trovare questo tipo di incrocio, e qui concludo questo problema della focalizzazione degli incroci fra due processi di pensiero e di lavoro non riguarda soltanto il rapporto tra noi e la politica ma evidentemente riguarda anche il rapporto tra noi e noi, cioè fra organizzazioni, sistemi di operatori che lavorano in questo settore, perché anche al nostro interno non è così facile trovare questi punti di focalizzazione.

Siamo tutti tendenzialmente poco attenti a cercare queste coerenze tra i nostri pensieri, i modelli di rappresentazione e le forme organizzative. Siamo molto più attenti a curare gli aspetti di coerenza interna delle rappresentazioni di noi e di sé. Questo è un problema che è legato al narcisismo di cui tutti più o meno siamo padroni e vittime e che poi come vediamo e sappiamo in questi contesti ha ampi modi e opportunità di essere rappresentato. È un po' un paradosso dire questa cosa, mentre sono al tavolo e sto parlando; ma credo veramente che questo sia un problema che ci impedisce poi di andare avanti e concludere e finalizzare bene certi ragionamenti. Credo che questa necessità di trovare un equi-

librio e un'accentatura e proprio questo aspetto che risottolineo dell'isomorfismo fra le cose che noi pensiamo, i modelli organizzativi che abbiamo in testa i processi di pensiero potrebbe essere il terreno su cui davvero aprire, sviluppare il confronto a partire dalle importanti osservazioni che sono emerse in queste tre giornate di Convegno.

**Lucio Babolin** ha così esordito "Devo confessarvi che, come mi succede varie volte per la verità in queste occasioni, e sapendo che arrivavo alla fine di un Convegno dopo tre giornate intense di lavoro, quindi non se ne può più sostanzialmente, con le valige in mano, a pensare che si possa concludere per parlare di politica e politiche è un po' impegnativo e mi chiedevo se aveva senso tra l'altro.

Mi convince la necessità del farlo e del tentare di farlo in modo molto fermo, la percezione, che ormai credo non sia più una percezione ma è una convinzione, che qui siamo di fronte complessivamente a un rischio alto, altissimo, di abbandono di questo settore, che non è solo il settore delle tossicodipendenze ma il settore del sociale in senso più lato. Mi sembra che il dato evidente, eclatante, significativo per tutti noi che ci lavoriamo da operatori del pubblico e del privato è che siamo orfani della politica.

Noi viviamo uno stato complessivo di abbandono e lo viviamo a maggior ragione le persone di cui ci facciamo carico. Allora mi sono detto queste cose bisogna andare a ridirle. Probabilmente bisogna invece che ci mettiamo d'accordo su come riusciamo a dirle. In modo forte e assieme, alto, alzando la voce, decidendo di fare un'opposizione che sia forte e significativa e evitando il rischio invece che ci viene chiesto che è quello di ritornare al fare, occupatevi delle vostre cose e lasciate stare il guidatore.

E questa è la preoccupazione che mi induce a dire – guardate bisogna che ci rimettiamo in una logica in un'ottica di riprendere voce, di ridare voce al nostro pensiero e al nostro fare –.

Perché lo dico? Perché a me sembra, ma credo che sia emerso in questi giorni, che le evidenze scientifiche le abbiamo più o meno sotto il naso tutti, non per dire che siamo arrivati, la ricerca continua, però mi sembra che vi sia una cultura nell'ambito della scienza e delle professioni sufficientemente condivisa. C'è un'esperienza e ci sono esperienze significative consolidate che durano da anni, e che tentano di applicare queste evidenze sul terreno, nei territori, con la gente.

Abbiamo una legislazione che nonostante possa essere criticata, – noi siamo tra coloro che hanno contestato anche l'attuale legge sulle tossicodipendenze, costituendo in cartello



Lucio Babolin

"Educare Non Punire" –, però rispetto all'organizzazione dei Servizi una legislazione c'è, ci sembra anche sufficientemente adeguata per poter sviluppare la nostra presenza e l'attività dei Servizi nei territori.

Quello che ci frega mi sembra sia che in assenza della politica, di questa capacità della politica, è appena stato detto, di mettere assieme il sapere e io aggiungo il sapore perché nelle cose che facciamo non c'è solo scienza ma c'è anche vita, valori ed etica, nell'incapacità della politica di fare sintesi e di tradurre in organizzazione delle normative, capacità della mediazione, ripartono meccanismi che abbiamo già visto, che sono i meccanismi della ideologia, dei settarismi, della colorazione del destra e del sinistra, dell'intendere la sussidiarietà come una relazione tra dispari, chi è importante, chi è meno importante.

Questo è il rischio e la fregatura in assenza della politica. Perché poi se ci chiediamo cosa ci serve, di cosa abbiamo bisogno, io credo che riusciamo a fare la lista, mi sono messo giù tre quattro punti, ma ce lo siamo detti già parecchie volte quando ci siamo visti in queste occasioni e anche negli incontri tra organizzazioni. Io credo non sia in discussione il fatto che serva la rete integrata dei servizi territoriali del pubblico e privato sociale, io non credo sia in discussione la convinzione che serva l'attivazione dei Dipartimenti a forte connessione socio-sanitaria, io non credo sia in discussione il fatto che serva la pluralità delle esperienze di intervento dalla bassa all'alta soglia, io non credo che sia in discussione il fatto che dobbiamo recepire la politica dei cosiddetti quattro pilastri.

Certo che se noi continuiamo a omologare i consumatori, a omologare le sostanze, torniamo sull'ideologia, torniamo sugli scontri, torniamo sul destra e sinistra. Allora vogliamo togliere di mezzo un po' di ambiguità?

Io mi ci metto dentro rispetto alle ambiguità, che non credo siano solo della politica, forse sono anche nostre.

Una delle ambiguità potrebbe essere che accettiamo questa situazione e cominciamo a fare la guerra dei poveri sui territori, tra il pubblico e il privato, spetta a me spetta a te, sul riparto delle risorse che sono sempre più carenti e non ci sono più.

Ma un'altra ambiguità è quella dei silenzi, può essere quella dei silenzi. Se noi stiamo zitti e non cominciamo a dirci che per quanto ci riguarda siamo andati avanti un anno e mezzo, presso il Dipartimento nazionale a chiedere se era in discussione una nuova ipotesi di testo di legge, e fino a un mese mezzo prima che Fini la depositasse ci era stato detto no, non esiste, non esiste.

Poi è stata presentata con tutte le dichiarazioni...

Allora non accettare i silenzi significa anche dire che in tutta quella fase di un anno e mezzo gli amici sono stati sentiti però, gli amici vicini ideologicamente quelli sono stati sentiti, gli altri no, ma questi altri che non sono stati sentiti sono il 99% delle organizzazioni del pubblico e del privato sociale che lavora in questo settore.

Non possiamo più tacere su queste cose, non possiamo più non dirci che sulla dimensione del nazionale abbiamo saltato una annualità sui bandi della 45 a proposito di risorse.

Non possiamo tacere che la Conferenza che doveva essere effettuata nel 2003 è ancora in fase di discussione. E se la faremo sarà come quella sull'infanzia e l'adolescenza? Una giornata e mezza tanto per dire che l'abbiamo fatta? Allora io credo che noi dovremo cominciare a non accettare più il silenzio, a non tacere, a dirle queste cose, a denunciarle, altrimenti non c'è un rapporto di correttezza con la politica, e non centra niente il destra e il sinistra, centra il ruolo che è assegnato.

E allora se questa è la politica nel senso che non c'è, allora a me verrebbe da fare alcune proposte per dire che per ricostruire un tavolo, un luogo, una sede, una forma dove il dialogo possa ripartire, una delle cose che mi verrebbe da dire è: togliete via la proposta di legge per cortesia, toglietela dal tavolo la proposta di legge, perché è stata elaborata non si sa bene non si sa da chi, perché non siamo mai stati consultati, vi limiterete a sentirci nelle commissioni parlamentari o alle audizioni. Allora via... via... perché non serve perché inquinata. Perché il 99% delle organizzazioni del pubblico e del privato sociale degli addetti ai lavori dicono che sono contrari, l'hanno detto, scritto, firmato. L'hanno detto, scritto e firmato.

L'altra cosa che mi verrebbe da dire come proposta: la Consulta che fine ha fatto la Consulta?

È stata costituita ufficialmente e mai convocata.

E non era il tavolo dell'espressione della sussidiarietà orizzontale? Che fine ha fatto la Consulta?

Eppure guardate quando è stata costituita qualche perplessità aveva sollevato per come era stata costituita, anche lì non era stato dedotto il Cancelli, lui sbilanciato tutta da una parte, però... però la Consulta è prevista da norma di legge. Perché non viene convocata la Consulta? Perché la proposta di legge non viene portata lì? Allora riavviamo il lavoro della Consulta, e il Governo emetta il bando della Legge 45, permetta di tornare a presentare progetti sperimentali. Convochiamo la Conferenza, c'è la data? C'è la data della conferenza? Quanto dura la conferenza, di cosa parla? Chi viene invitato? Sarà una conferenza che parte da una verifica della conferenza di Genova? Perché se la conferenza deve servire per dare orientamenti quella di Genova qualche orientamento l'aveva dato, dovremmo partire da lì.

Non sento questa voglia, questo interesse alto, perché la Conferenza è anche la Conferenza degli operatori, la Conferenza mette a nudo, svela le posizioni, obbliga a dire quello che si pensa per davvero, se c'è la partecipazione della gente, degli operatori, convochiamo la Conferenza!

In caso contrario guardate non è che la politica si ferma almeno per quanto ci riguarda, noi politica vogliamo continuarla a farla, anche se siamo un'organizzazione del privato sociale e allora come la facciamo?

La facciamo decidendo il cartello, facendo opposizione, la facciamo decidendo di interagire con la Regioni anziché con lo Stato centrale, e quindi attiviamo iniziative con i tavoli regionali, la facciamo dicendo che ci va bene che ci siano regioni che fanno proposte di legge alternative a quella presentata a livello nazionale, alla faccia di chi volantina fuori di qui contro la legge proposta dalla Toscana. Ci va bene, perché apre un terreno di confronto della politica, perché permette di dialettizzare un silenzio assordante che c'è su questi temi.

Non solo, ma io dico di più, noi stiamo muovendoci, non da soli, con il cartello nell'ipotesi di convocare noi la Conferenza. A prescindere dalla Conferenza governativa. Per dirci che forse è opportuno che i tavoli delle Regioni siano in grado, ad esempio nel settore delle tossicodipendenze, di dire che possono essere definiti i livelli essenziali di assistenza. Non ci sono nemmeno questi a livello nazionale, ed era uno dei compiti assegnati allo Stato. Dobbiamo garantire un tavolo per la Conferenza dove presentare un'ipotesi di LIVEAS in questo settore per garantire i diritti.

E poi finisco dicendo che se la legge parte così come è stata annunciata; mi ha telefonato stamattina un redattore del Sole 24 Ore, che sta facendo un inserto, dicendo che già probabilmente questa settimana va in commissione in Senato, e allora c'è la piazza e allora ci sarà la piazza cioè noi torneremo in piazza perché non è possibile che si gestisca in que-

sto modo la cosiddetta integrazione e sussidiarietà verticale e orizzontale pubblico-privato.

Questa rischia di diventare eventualmente o necessariamente una farsa, che noi non possiamo accettare.

E se non c'è un tavolo di confronto c'è un livello altro rispetto a quello nazionale e c'è la piazza, c'è la manifestazione c'è la gente che va lì davanti a protestare perché ci costringono, non ci resta altro.

Io spero che su questo, questa esperienza di integrazione pubblico-privato, gli operatori pubblici e privati sappiano stare assieme, mi sembra che ce ne sia bisogno e che questa sia la vera sfida politica. Il fatto che noi su questo riusciamo a non stare zitti, a dire le nostre ragioni e rilanciare la politica nei territori e assieme stare anche se serve sulle piazze".

**Don Egidio Smacchia**, nel prendere la parola, ha annunciato un contributo propositivo per lo meno nelle intenzioni.

"Parto da un dato, la dipendenza in Italia è in aumento, non sto a sciorinare numeri che sapete a memoria, ma certamente sta interessando sempre di più, e sempre più precocemente, le fasce giovanili.

A fronteggiare il problema della dipendenza e del disagio, del disagio in genere sul territorio italiano, sono circa 221.412 istituzioni, tra associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni o ALC.

Voglio dire, che tutti quanti anche quelli che danno il vestito e il pasto caldo hanno a che fare bene o male in qualche maniera a largo raggio con il problema della tossicodipendenza, di una tossicodipendenza magari diciamo anche molto molto avanzata. Di queste 200.000 organizzazioni circa, che si interessano di disagio giovanile e della tossicodipendenza in genere in Italia, sono circa 557 i Ser.T. con 155.000 utenti in trattamento e le Comunità Terapeutiche sono circa 1.283 con 15.000, quasi 16.000, utenti in trattamento.

Credo che in questi ultimi anni noi abbiamo assistito a una diversificazione dell'uso di sostanze ma soprattutto siamo rimasti a volte fermi nelle nostre risposte.

Noi ci siamo interrogati nel mese di giugno, come Federazione Italiana Comunità Terapeutiche e ci siamo detti: nuovi bisogni, bisogna anche dare una nuova flessibilità di risposte. Flessibilità che non significa più magari solo Comunità Terapeutica che era messa a disposizione dell'eroinomane, ma anche percorsi alternativi. L'importante per noi è mettere al centro la persona con i suoi bisogni, ma dare anche delle risposte che siano anche innovative, anche creative. Stiamo studiando per questo e credo che se lo facciamo insieme possiamo dare risposte migliori.



Don Egidio Smacchia

Le difficoltà del privato sociale.

È stata fatta una proposta di Legge Fini sulle tossicodipendenze; noi abbiamo presentato un documento, ci teniamo a dire che lo abbiamo presentato in piena autonomia, non siamo legati a partiti, e abbiamo detto alcune cose.

La necessità di veicolare con chiarezza il messaggio: Drogarsi non è un diritto. Creando norme ispirate alla dimensione educativa e centralità della persona.

Questo non vuol dire che rinunciamo alla centralità della persona ma vuol dire anche che, se vogliamo essere degli educatori, dobbiamo anche avere davanti dei punti di riferimento chiari per la nostra crescita e per la crescita dei ragazzi. Occorre verificare e ridefinire le politiche di riduzione del danno e dei trattamenti farmacologici sostitutivi. Non siamo contrari, li usiamo anche nelle nostre Comunità, però è importante che questi ultimi non devono rappresentare la finalità dell'intervento.

È opportuno mantenere la distinzione tra sanzione amministrativa per detenzione finalizzata all'uso personale e la sanzione penale finalizzata allo spaccio.

L'ideale sarebbe se l'intervento sanzionatorio prevedesse una progressività di interventi tipo percorso a punti, tipo la patente a punti, per favorire il recupero della persona.

È necessario anche intraprendere una costante e corretta politica di prevenzione, ce la dimentichiamo spesso questa parola, con finanziamenti adeguati nelle scuole, nei centri giovanili, nei momenti di aggregazione del tempo libero. In questo senso sarebbe opportuno privilegiare il momento della formazione rispetto alla pur necessaria informazione, e qui abbiamo fatto tutti un'esperienza molto forte in questo senso, che prevedono il coinvolgimento degli insegnanti, educatori e genitori.

Si sollecitano lo sviluppo dell'integrazione tra servizio sanitario e servizio sociale, soprattutto nelle strutture di accoglienza e accompagnamento al reinserimento sociale.

Si invita anche a predisporre un processo di valutazione degli esiti, di tutti i trattamenti, condotto sulla base di indicatori di qualità, efficienza ed efficacia, da parte di organismi super-partners. A domanda abbiamo fatto proposta.

Io credo che questa è un po' la nostra posizione, chiaramente nel segno del miglioramento, nel segno del poter trovare delle soluzioni che siano sempre per il bene di chi ci sta davanti.

Un altro punto su cui si deve riflettere riguarda l'ampliamento delle possibilità concesse al tossicodipendente di accedere a programmi sostitutivi alla carcerazione.

Il problema del carcere non sto qui a sottolinearlo.

In questo ambito si deve prevedere un aumento del budget per far fronte alle richieste di aumento di inserimento nei programmi di recupero, ma c'è un'altra proposta che abbiamo fatto.

Si è a conoscenza di sperimentazioni grazie alle quali il servizio pubblico, cui appartiene il tossicodipendente, partecipa come osservatore alle udienze dibattimentali del Tribunale nel caso di processo per direttissima, offrendo all'imputato una diversificata possibilità di intervento. Proponiamo che questa sperimentazione si possa espandere in tutto il territorio nazionale, estendendo però la possibilità di presenziare, con pari diritti, anche alle strutture del privato sociale no profit.

Il secondo punto che vorrei affrontare è l'integrazione dei Servizi pubblico-privato sociale no profit e sottolineo no-profit.

Il problema dell'integrazione tra servizio pubblico e privato sociale no-profit è atavico. Stiamo invecchiando con questo problema.

I rapporti tra questi due servizi è stato in taluni casi buono, in altri di totale indifferenza se non di ostilità. Rapporti comunque instaurati più dall'iniziativa personale di operatori e dalla

loro volontà, che da una normativa che, benché esista, è praticamente nella maggior parte dei casi inapplicata. Questa normativa è nata nel 1993 con l'atto di intesa con il quale lo Stato ha delegato alle USL tramite il Ser.T. il compito di monitorare l'applicazione delle norme fissate. Così facendo ha posto le Comunità Terapeutiche in un piano di sudditanza nei confronti del Servizio pubblico, creando ancor più concorrenza e acredine.

Si è tentato di superare questo stato creando la strada della vera integrazione e complementarietà attraverso l'atto di intesa del 1999 nel quale si leggono principi di integrazione, pari dignità, cooperazione. Questa normativa è oggi applicata soltanto in alcune Regioni italiane.

La Federazione Italiana Comunità Terapeutiche, insieme ad altri organismi, più rappresentativi in Italia del servizio pubblico e privato sociale ha prodotto, ormai lo conosciamo bene, il documento sul Dipartimento delle Dipendenze. E questo è un luogo privilegiato perché in alcune regioni, lo sappiamo benissimo è stato attuato, in altre non è stato attuato.

Quindi noi chiediamo di recepire l'atto di intesa Stato-Regioni superando le diversità di attuazione delle diverse Regioni, di istituire in tutte le ASL il Dipartimento delle Dipendenze, garantire in pari dignità, sia al servizio pubblico che al privato sociale no-profit, la certezza di rette adeguate e liquidate in tempi brevi. Io devo prendere ancora alcune rette del 1994!

La diversità delle rette erogate alle CT che mutano da Regione a Regione con pagamenti effettuati spesso a distanza di anni, sta provocando in alcuni casi la chiusura di molte strutture e dispersione di patrimonio professionale acquisito. Inoltre si sta verificando quello che difinisco il pendolarismo dei poveri: le ASL scelgono di inviare gli utenti in Comunità con minori servizi o in Regioni nelle quali le rette giornaliere sono inferiori rispetto ad altre, per contenere le spese.

Questo lo trovo veramente assurdo. Perché mentre ci siamo passati per la sanità con un pendolarismo in tutta Italia, non vorremmo ripassarci per il problema del disagio giovanile e cioè quello che voglio dire che se andiamo alla regionalizzazione, a parità di standard dovrebbe esserci parità di retta, perché altrimenti è troppo facile a standard inferiore mandare da Regioni che hanno rette più alte inviare in Regioni dove gli standard sono più bassi ma chiaramente anche la retta è più bassa.

E poi per ultimo intervenire per aumentare le risorse finanziarie destinate ad organizzazioni che operano nel settore delle tossicodipendenze.

Queste sono alcune proposte tese a migliorare il lavoro dei servizi ad offrire risposte sempre più adeguate ai nostri ragazzi.

Nel contempo è importante instaurare un rapporto di comunicazione, di confronto, di scambio costante oltre che fra i servizi che operano nel settore anche con il mondo politico e istituzionale.

L'unico modo per poter scalfire questo disagio si basa proprio sullo spirito della collaborazione al di là dell'unità, al di là dei personalismi e degli interessi settoriali ampliando una politica e una strategia efficace di prevenzione e di informazione.

Mi auguro, e termino, che da questa tavola rotonda possa nascere questa volontà di cooperazione ponendo come punto di partenza dei nostri interessi l'uomo con i suoi bisogni".

**Andrea Fantoma** ha sottolineato la sua presenza, che si è caratterizzata con la grande attenzione nel seguire tutti i lavori congressuali.

"Innanzitutto solo una precisazione iniziale, nel suo intervento Lucio Babolin ha un po' confuso ad un certo punto tra



Andrea Fantoma

Dipartimento Nazionale e quella che è stata una struttura precedente al Dipartimento, cioè l'Alto Commissariato. Ci sono differenze sostanziali e brevemente devo dire quali sono.

L'Alto Commissariato era una struttura di missione, non aveva né budget né determinati obiettivi codificati.

Il Dipartimento Nazionale delle Politiche Antidroga nasce di fatto con un decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri nello scorso luglio e si è dato una struttura e degli obiettivi e al Dipartimento delle Politiche Antidroga verrà, dalla sua nascita in poi, assegnato un budget.

Questo solo per correttezza di informazione e anche per dire che ovviamente ognuno risponde del lavoro che fa e nel mio caso sto iniziando ad operare da pochi giorni, ma voglio ovviamente rispondere ed entrare nel merito perché una costante interessante di questi tre giorni, dico tre giorni perché sono arrivato lunedì, ma so che in realtà sono quattro, però dei tre giorni che ho seguito è stata l'occasione per me non solo per rinfrescarmi un po' la memoria, perché ovviamente i contatti comunque uno a prescindere dal ruolo, se si interessa a questo settore li ha, li mantiene e li coltiva, ma anche soprattutto per una grande varietà di approfondimento.

Siamo passati da cose più di interesse nell'ambito della ricerca, tecnico-scientifiche, alcune più interessanti altre magari un po' ridondanti, ma non guasta mai ricordarcele tra di noi, e anche vedere posizioni diversificate che in modo molto corretto hanno continuato a confrontarsi.

Poi a temi più generali, e sono felicissimo di poter rispondere sia alle domande che da Lucchini in poi sono state fatte, sia anche brevissimamente cercare di spiegarvi come si imposterà il lavoro del Dipartimento Nazionale.

Io comincio subito: Lucchini parlava addirittura del – si può e si deve ricreare un circolo virtuoso tra istituzioni e soggetti attivi di settore, si può e si deve ovviamente confrontarsi, dove sono i luoghi –.

Argomento peraltro che io ho colto anche nell'interessantissimo passaggio della precedente sessione quando Riccardo De Facci ha proprio parlato di questo e io su questo ci tornerò tra un attimo.

Questo è un compito precipuo non solo del Dipartimento Nazionale ma anche dell'area che mi è stata affidata come competenza. Sicuramente bisogna cominciare da una lettura del fenomeno. Non ce lo ripetiamo, lo sappiamo benissimo, il fenomeno è in evoluzione.

Noi lo stiamo leggendo da anni e questo indipendentemente dai Governi, quale colorazione abbiamo.

Lo stiamo leggendo con vecchi strumenti: questo è un primo dato su cui non possiamo non concordare.

La lettura di un fenomeno in evoluzione ovviamente non può essere fatta con strumenti vecchi, è inadeguata anche la temporizzazione con la quale acquisiamo i dati, leggiamo sempre con molto ritardo i risultati.

Allora sicuramente un primo compito di un organismo che nasce, il Dipartimento Nazionale delle Politiche Antidroga, proprio per essere un luogo, come diceva Riccardo De Facci, in cui la sussidiarietà non sia conflittuale.

L'aspirazione di questo Dipartimento nella persona di Nicola Carlesi è nei fatti e non nelle parole di dimostrare questo.

È chiaro che si parte da situazioni, anche negli ultimi anni e anche precedenti all'ultimo biennio e triennio, nelle quali come si diceva c'è stato un capirsi solo a momenti tra il mondo della politica e il mondo dei professionisti del settore.

Questo Dipartimento vuole fare anche questo.

E allora sulla lettura del fenomeno vorrà dire che fin dalle prossime settimane dovremo cominciare da quelle che sono le esperienze sul territorio, alcune molto valide, altre diciamo che sono partite da poco tempo, che hanno meno esperienza acquisita sul campo.

Partiremo dalle esperienze dove esistono Osservatori, dove esistono Centri di eccellenza, che hanno analizzato la realtà anche con indicatori territorialmente scelti e localmente affinati.

E partiremo subito, con rapidità.

Dobbiamo anche darci delle regole da condividere, da costruire insieme e una metodologia.

Se non ci si dà queste regole e questa metodologia che deve essere condivisa, non si può leggere un fenomeno e pretendere poi di dare ai decisori politici le cosiddette evidenze scientifiche.

Devo venire poi anche a rispondere in parte ad alcune interessanti diciamo provocazioni e preposizioni sia di Fea prima che di Babolin dopo, e mi fermo non a caso un attimo sul discorso delle evidenze scientifiche.

Beh, consentitemi di raccontarvi brevissimamente un aneddoto che è di pochi giorni fa.

Noi tutti citiamo spesso l'Osservatorio di Lisbona, OEDT, chi da una parte, chi dall'altra, citiamo questa o quella argomentazione, questa o quella pubblicazione.

Io vi dico che sono stato tra chi ha sempre avuto come uno dei principali punti di riferimento l'Osservatorio di Lisbona, se non che qualche tempo fa si è saputo che in una serie di riunioni del management board – che sarebbe il consiglio di amministrazione – e poi del comitato scientifico, il direttore dell'Osservatorio ha dichiarato che era stata avviata la pubblicazione di un dato documento nonostante il parere contrario, ha usato la parola "against", quindi proprio totalmente contrario, del comitato scientifico, dichiarando e mettendolo per iscritto, che era facoltà e possibilità di un direttore, comunque, dare, per così dire, una patente di validità e quindi avviare una pubblicazione anche indipendentemente dal parere di un comitato scientifico.

Io credo che questo ci debba far riflettere, innanzitutto sul fatto che un comitato scientifico che sia nazionale o europeo o è rappresentativo della realtà e di chi lavora nel mondo della ricerca, ma anche nel mondo dei servizi, oppure non serve a nulla, ed è anche per questo che il Dipartimento Nazionale costituirà un comitato scientifico nazionale e ricostituirà la consulta degli esperti.

E quindi comincio a dare delle risposte alle domande puntuali di Babolin ed è giusto che per quello di mia competenza possa rispondere.

Nelle prossime settimane ci sarà una consulta nuova, una consulta nuova che dovrà fare un lavoro in particolare, cioè quello di avviare, attraverso gruppi tematici, la preparazione alla conferenza nazionale.

Una conferenza nazionale che proprio perché c'è stato un grave ritardo, non attribuibile sicuramente alla persona di Carlesi e al Dipartimento Nazionale, un ritardo che è venuto anche per motivi diciamo di contingenza di politica internazionale, deve essere una conferenza che tutti dobbiamo costruire in modo adeguato perché credo non serva a nessuno una conferenza, io qui concordo pienamente con quanto diceva Babolin prima, ingessata o fatta a correr via.

Serve una conferenza nazionale preparata e allora la consulta degli esperti sarà costituita e i fatti parleranno; leggendo i nomi che ci saranno, ancora non è decretata e quindi non posso precorrere i tempi, ma è imminente, vedrete e valuterete, ognuno potrà dare un parere se ci sia rappresentatività in questa consulta.

Una cosa è certa, questa consulta sarà lo strumento per cominciare a costruire un percorso di avvicinamento e di costruzione della conferenza nazionale.

Ancora un punto sul quale volevo rispondere ancora a Babolin; lui accennava al fatto che l'attuale legge sembrerebbe anche sufficientemente adeguata, beh io su questo onestamente ho dei dubbi.

Io credo che siano evidenti invece forti perplessità da parte di tutti coloro che lavorano in questo settore rispetto alla normativa vigente.

Penso per esempio ad una confusione di fondo che si è creata a livello locale nel momento in cui siamo passati comunque da un fondo nazionale lotta alla droga alla legge 328 di fondo sociale indistinto.

Il professore Carlesi da questo palco ha ribadito con forza che il Dipartimento Nazionale chiederà che venga garantito un fondo nazionale lotta alla droga.

Questo credo sia un'assunzione di responsabilità del capo Dipartimento anche a nome di molti operatori del settore che hanno visto in molte Regioni, indipendentemente dai colori politici delle giunte, spesso, mortificare gli interventi economici nel nostro settore, perché per tanti motivi è stata data precedenza, per carità era comunque nelle loro possibilità, da parte di questo o quell'assessore ad altri settori del disagio.

Però la guerra tra poveri non fa bene a nessuno.

Il nostro settore è un settore che da sempre è penalizzato e credo che sia giusto garantirgli almeno il minimo indispensabile per la sopravvivenza.

Stiamo peraltro passando, indipendentemente da questo o da quel disegno di legge, da un sistema dei servizi di un certo tipo a un altro sistema di servizi, dobbiamo ampliare l'offerta dei servizi, lo diciamo tutti da anni, dobbiamo anche renderci conto che nel momento in cui noi andiamo a dover diversificare l'offerta dei servizi, corriamo un rischio, qualcuno di questi rischi c'è già oggi con l'attuale legge.

A proposito del fatto che la legge attuale è totalmente inadeguata basti il discorso delle rette.

Don Egidio Smacchia parlava di pendolarismo dei poveri; è un termine che secondo me non solo è condivisibile ma è una cosa che è sotto gli occhi di tutti, un esempio tra i tanti che potremmo fare.

A livello di logiche meramente economiche aziendali si preferisce mandare in una struttura di un'altra Regione perché lì la retta costa di meno.

Ecco su questo una riflessione come Dipartimento cercheremo di farla fare, ma qui ci vuole anche che si apra un dibattito da parte di tutti gli operatori e delle organizzazioni, qui ce ne sono rappresentate appunto di qualificatissime e tra le più rappresentative sul territorio nazionale, su un argomento. Perché, ditemi voi, ogni volta che comunque lo Stato, il Governo centrale, propone di ragionare sulla necessità di garantire una omogeneità di offerta dei servizi sul territorio nascono tanti problemi?

Beh andiamoci a confrontare proprio su questi aspetti.

È proprio questa normativa che oggi permette questo stato di difficoltà e alle Regioni di alzare immediatamente la barriera che possono alzare perché c'è la riforma del titolo V della Costituzione.

Ricordo a tutti che è comunque un qualcosa che non è che sta nascendo adesso, è nato qualche anno fa.

Adesso forse abbiamo delle prospettive di ulteriore frammentazione, e non spetta a me fare una lettura politica di questo. A me interessa il dato portato sul sistema dei servizi e ora dico come si fa a non vedere come positivo che vengano presentate delle proposte di legge.

Mi dispiace però che venga detto – via il disegno di legge perché inquina –.

Allora, caro Babolin, l'altra proposta di legge? Inquina anche quella o no? Ci sono a priori le leggi buone e le leggi cattive?

Io credo che, mi dispiace dirlo, è la prima volta che ci incontriamo in un dibattito pubblico, anche se io ho sempre seguito con molta attenzione gli scritti tuoi e del CNCA, beh ecco credo che sei slittato un attimo su una buccia di banana, nel senso che secondo me sono positive anzi ben vengano più disegni di legge: c'è un Parlamento nel quale discutere.

Non ho partecipato alla costruzione di quel disegno di legge a cui tu ti riferivi, non so se siano stati chiamati quali persone e quali amici, se sono stati sentiti alcuni sì e altri no, ma mi domando se anche questo non sia una novità solo dell'oggi.

Bene, togliamo di mezzo l'ambiguità, l'ambiguità dei silenzi che sicuramente ha nuociuto e ha fatto male non solo al mondo della politica ma anche e soprattutto al mondo dei servizi.

Tornando alla Conferenza, non può che essere un luogo dove gli operatori vanno per parlare, dovranno avere gli spazi adeguati, non sarà una cosa di un giorno, un giorno e mezzo.

E per altre affermazioni: ci sarà la piazza, per carità siamo in democrazia, è una risorsa anche la piazza, perché no?

Dal mio punto di vista auspico che invece ci siano gli spazi per discuterne prima fuori dalle piazze, poi se sarà necessario chiunque potrà andare in piazza.

Questo Dipartimento fin dai prossimi giorni si impegna per costruirsi una credibilità sui fatti e sul fatto comunque di convocare anche i gruppi di lavoro per la conferenza.

Andando verso la conclusione volevo aggiungere due considerazioni riguardo a quanto diceva Don Egidio Smacchia.

Condivido in particolare alcuni dei punti e degli spunti che Don Egidio ha dato, in particolare ci sono delle osservazioni che sono state fatte formalmente che sono attualmente al vaglio di chi per competenza ha il potere e la possibilità di tradurli in emendamenti legislativi e comunque diciamo in preposizioni ulteriori.

Così come è stato fatto dalla FICT, e anche FeDerSerD lo sa, sarà c'è un dibattito parlamentare, vi sono disegni di legge, questo o quello che sia, sono perfettibili e vi può essere lo spunto per aprire un dibattito serio e coerente.

Io sono preoccupato di una cosa, a conclusione del mio intervento, e voglio proporla anche io come spunto di ulteriore riflessione.

Le Regioni, e su questo ci dovete aiutare voi operatori, su alcune cose, dovranno anche un po' riflettere.

Faccio un paio di esempi.

Vi sono molte Regioni che non hanno avviato nemmeno il sistema dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture.

In alcune altre Regioni non si è mai parlato di Dipartimenti delle Dipendenze, in altre si è parlato di dipartimenti e poi sono stati sottratti dai piani aziendali.

Questo sicuramente è un elemento negativo.

Però dovete anche capire che se volete anche dare e avere spazio oltre a quello territoriale con la Regione nella quale operate, non dimenticate che, e spero che ve ne accorgete presto, il Dipartimento Nazionale per la Politica Antidroga può essere quel luogo che De Facci citava come luogo possibile in cui la sussidiarietà non sia conflittuale, luogo in cui ci si possa incontrare.

Un luogo terzo tra Regioni e Operatori che deve servire proprio per permettere quella che è la necessità di garantire l'offerta dei servizi, la qualità dell'offerta dei servizi.

Che sia garantita su tutto il territorio nazionale, garantita alle persone che hanno e vivono questo disagio, con una variegata possibilità di accedere ai servizi.

Ci sono le autonomie locali, ma c'è anche un interesse nazionale sul diritto alla salute.

C'è anche un interesse nazionale a garantire la persona, e la centralità della persona è un tema a me molto caro, ci sono delle necessità di fronte alle quali credo molti debbano fare un passo indietro".

**Paolo Lucchese** ha notato di aver visto i congressisti con i volti stanchi, affaticati rispetto a come li aveva lasciati tre giorni prima, e al suo occhio clinico di medico la diagnosi è che sono stati spesi bene i giorni congressuali.

"Ho avuto la fortuna, venendo un po' prima, di ascoltare l'ultimo intervento della sessione precedente, quello di Paolo Jarre, che per certi versi mi ha impressionato.

Vorrei incominciare da quello che ha detto Paolo Jarre.

E facendo una specie di perifrasi quando lui ricordava quella famosa querelle sui pigri, indolenti e rassegnati riferiti ai Ser.T.

Io direi né pigri, né indolenti, né rassegnati.

Farei una specie di slogan, perché essere pigri, indolenti e rassegnati può essere un vizio di tutti, non solo degli operatori dei Ser.T., vizio di un medico, di un politico, vizio di un operatore qualunque.

Il discorso sull'etica di Jarre mi ha fatto riflettere e faccio una domanda.

Ma perché ci si droga? Drogarsi è un diritto o no? Possiamo dire no, ma non tutti la pensano allo stesso modo.

Con Jarre direi che l'evidenza scientifica assume valore se uno non si sconfigge e non abiura.

E allora si può essere anche Narciso, caro Fea.

Narciso non specchiandosi su se stessi ma specchiare su chi soffre, allora il Narcisismo comincia anche ad avere un effetto ed un valore.

Un valore perché s'incomincia a guardare chi soffre.

Fatte queste considerazioni volevo scendere al concreto.

In questi giorni avete dibattuto tanti problemi che non ripeto e sono la base di partenza per una verifica di quello che si è fatto fino ad ora, dello stato dell'arte, di quello che bisogna fare.

E da questo dobbiamo partire, bisogna vedere cosa bisogna fare.

E allora abbiamo detto che ci sono le leggi: la legge 309, la 328, la 45, la proposta di legge Fini.

Ma il vizio nostro, dicevo poco fa viaggiando in treno con alcuni compagni casuali, il vizio degli italiani è fare una legge e poi non aspettiamo l'applicazione completa, ma cambiamo tutto.

Allora cominciamo a criticare chi fa una proposta di legge, anche senza averla letta.

Diciamo che la riforma costituzionale non va, ma l'avete letta?



Paolo Lucchese

Non sono riuscito a capirla bene io, la devo ancora capire, e sono stato un mese dentro l'aula a seguire tutti gli emendamenti, a verificare il testo.

L'avevo seguita anche nell'altra legislatura, con la bicamerale, avevo fatto cinquanta emendamenti. Eppure vogliamo prevedere come sarà il futuro.

Prendete la legge costituzionale numero 3 del 2001, entrata in vigore nell'ottobre del 2001, con le competenze esclusive delle Regioni, ha determinato molti problemi.

Rispetto alla legge 45 ad esempio, che aveva affermato alcuni principi importanti.

Io ci ho lavorato insieme ad altri, nella Commissione Affari Sociali e alcuni emendamenti li ho scritti insieme a voi, alla vostra organizzazione, ricordo quelli sull'organizzazione, sugli organici, sulla tutela di tutti gli operatori di tutte le professioni.

Voi partendo dalla spontaneità e dalla passione avere creato l'attività e poi l'organizzazione.

Questo è avvenuto nel vostro caso come è avvenuto anche nel privato sociale.

Ora vogliamo organizzare l'integrazione.

L'abbiamo detto nella 45 ed era un punto importante l'integrazione tra il pubblico e il privato sociale. Lo diciamo sempre ma non riusciamo ancora a farlo appieno.

Allora di fronte a tutto questo, di fronte alla 309 che in parte abbiamo variato con la 45, di fronte alla 328 che ha citato pure il nostro amico Fantoma che pure è una legge importante che abbiamo fatto nell'altra legislatura alla quale abbiamo collaborato, ero in minoranza, con la maggioranza.

E rispetto alla proposta di legge Fini, l'applauso che ha avuto il nostro amico Babolin, me lo sono preso pure io, in apertura domenica sera a Palazzo Vecchio, quindi me lo divido insieme a lui.

Non perché io critico la proposta Fini, ho detto che su ogni proposta di legge bisogna riflettere, ci sono molti passaggi che non mi convincono, ci sono alcune cose su cui riflettere. Ve l'ho detto domenica, dovete approfondire l'analisi di questa proposta.

Guardate, Babolin è contrario in toto alla proposta di legge Fini, Monsignor Smacchia è abbastanza favorevole ed io, l'ho detto tre mesi fa, ho molte perplessità, ma credo che il fatto che ci sia una proposta è un punto di partenza che ci fa discutere.

E per chiarire: che sia di iniziativa governativa o di iniziativa parlamentare non cambia gran che.

Le leggi le fanno il Parlamento e il Governo insieme; anche se di iniziativa parlamentare il Governo dà il suo parere e non

è detto che se è di iniziativa governativa è vangelo, che se la fanno il vicepresidente del Consiglio, il Presidente del Consiglio, perché hanno particolari capacità intuitive, sono segnati dal destino, quello che fanno diventa legge; si può discutere tranquillamente.

Volevo concludere complimentandomi con il direttivo neoeletto di FeDerSerD e con il Presidente confermato Coacci per questo ottimo Convegno ed augurare di continuare a operare bene. Lavorate per migliorare ogni provvedimento o legge che vi interessa.

Infine, voglio tornare all'inizio del mio intervento, mi chiedo chi è il drogato, perché ci si droga, è peccato o meno drogarsi, è diritto o si incorre in qualche delitto quando uno si droga.

Chiediamocelo, per non finire nello stesso discorso un po' equivoco di Buttiglione in Europa, sulla omosessualità e il peccato o di Baget Bozzo che dice che per la Chiesa l'omosessualità non è peccato, ma l'omosessuale è peccatore.

A mio parere sbagliano entrambe nel metodo: restando alla droga, se anche drogarsi fosse un vizio, chi si droga non commette un delitto, bisogna anzi che abbia maggiore attenzione da parte della società e quindi dalla parte più difficile nei confronti di chi è più debole e di chi soffre.

Il drogato è debole nella società, è il debole nei confronti del quale noi dobbiamo farci incontro per aiutarlo.

Se procediamo con questo concetto ci troveremo tutti d'accordo poi sul ruolo del fare politica.

La politica non è solo chi fa politica di mestiere, mi sento meno politico ora che sono deputato di prima che facevo il medico e la politica sanitaria, la politica dell'intervento o la politica del consigliere comunale o del sindaco.

Non è che essendo deputati o ministro o presidente del Consiglio si fa meglio politica o si ha il diritto di farla meglio o in esclusiva.

E allora la politica cosa deve fare?

La politica siamo tutti, chi ha l'ambulatorio fa una politica, io sono stato nella mia vita anche banchiere c'è la politica bancaria che la fanno i banchieri, c'è la politica scolastica che la fanno gli insegnanti di scuola, c'è la politica della tossicodipendenza, della prevenzione, che dovete anche suggerirla voi al politico che poi deve fare le leggi.

Non deve esserci abbandono e bisogna che nessuno di noi, né politici di professione né politici operatori sia pigro, indolente e rassegnato".

## La chiusura del Congresso del Presidente di FeDerSerD Alessandro Coacci

"I tempi a nostra disposizione sono ormai da tempo scaduti, vedo le vostre facce abbastanza stanche, come diceva giustamente l'onorevole Paolo Lucchese, vorrei brevemente concludere questo nostro secondo congresso nazionale con alcune sostanziali riflessioni.

FeDerSerD nel prossimo triennio per il quale è stato assegnato il mandato proprio ieri pomeriggio al nuovo direttivo, conferma le linee programmatiche di indirizzo che ha intrapreso nel triennio passato.

È indispensabile proseguire sulla strada dell'Alta Integrazione, del processo così da noi definito dell'integrazione del pubblico e del privato non profit.

Ci batteremo fino in fondo affinché queste due grosse entità che lavorano nel settore delle dipendenze arrivino ad essere propositive, arrivino ad essere integrate nell'elaborazione di documenti e linee sulle tematiche di maggiore interesse.

Questo è un punto sul quale FeDerSerD si impegna ad andare avanti.

Credo, da quello che ho sentito dire fino ad ora, vi è una grande disponibilità da parte e della FICT e del CNCA; se ci saranno altri attori che vogliono partecipare a questo tavolo, purché ne abbiano i requisiti di accreditamento, ben vengano a discutere ed essere propositivi in un momento costruttivo della nostra professionalità.

Questo è il primo punto.

Il secondo punto è stato detto all'inizio da Lucio Babolin: abbandono del settore.

Mi rifaccio proprio a questo: sono molto amareggiato che nonostante gli appelli che si sono fatti, le riunioni alle quali abbiamo partecipato, le minacce che talvolta ci hanno costretto a fare per rivalere i nostri diritti, la nostra professionalità, la dignità dei nostri servizi, non ci siamo.

Non ci siamo nelle politiche regionali ad esempio, arretrano anche Regioni che sono state sempre all'avanguardia nel settore delle dipendenze.

Ci sono servizi che stanno perdendo personale ogni mese e il personale non viene sostituito, ci sono servizi che sono aperti due o tre volte la settimana e come risposta devono limitare le capacità di intervento.

Sono molto amareggiato e non accetto come Presidente della Federazione italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze questo tipo di atteggiamento.

Combatteremo fino in fondo affinché i nostri Servizi e la nostra Professionalità siano considerati alla pari di tutti gli altri settori della medicina, dell'assistenza sociale e dei dipartimenti delle nostre Aziende sanitarie locali.

Accolgo l'istanza infine dell'onorevole Paolo Lucchese che ci ha suggerito di essere propositivi nel formulare idee nuove, proposte anche di normative affinché il legislatore possa accoglierle, valutarle e discuterne insieme a noi.

Su questi tre punti credo che FeDerSerD si impegnerà fino in fondo per il prossimo triennio.

Abbiamo intrapreso proprio in quest'ultimo periodo un dialogo con i rappresentanti delle politiche sulle tossicodipendenze del Dipartimento nazionale per le Politiche Antidroga, con Andrea Fantoma e Nicola Carlesi.

Siamo fiduciosi per l'insieme dei compiti del Dipartimento Nazionale, e sulla proposta di legge che è in discussione in questo periodo è evidente che molto è da rivedere.

Ringrazio tutti voi per la pazienza che avete avuto fino ad ora nel trattenermi qui questa sera e mi auguro di ritrovarvi tutti al III Congresso Nazionale di FeDerSerD nel 2007.



MOMENTI DEL CONGRESSO



**MOMENTI DEL CONGRESSO**



# Tossicomania e Psicopatologia: la presa in carico integrata nell'U.O. di Doppia Diagnosi

Gilberto Di Petta\*

## Introduzione

Sempre più larghe fasce della popolazione giovanile sono coinvolte massivamente dall'abuso di sostanze psicoattive.

Di fronte ad un soggetto tossicodipendente che presenta una comorbidità psichiatrica è verosimile, in un'ottica operativa, che:

- l'assunzione acuta o protratta della sostanza o delle sostanze precipiti una condizione psicopatologica (caso del disturbo mentale *indotto* da sostanze);
- la sospensione della sostanza o la disassuefazione dalla stessa scatenino nel paziente la psicopatologia che la presenza della sostanza mascherava (caso del disturbo mentale *mascherato* dalle sostanze).

In entrambi i casi, ci si trova di fronte ad un paziente *critico* che non presenta quasi mai un quadro chiaro, cioè riferibile a sindromi psichiatriche nosograficamente "pure".

La presenza della sostanza psicoattiva (o delle sostanze) è in grado, di fatto, di mutare profondamente la patomorfosi e la pervasività del disturbo psichiatrico (primario o secondario) allacciandolo a *corda doppia* con il problema della dipendenza.

È ovvio come la presenza di elementi psicopatologici, riconosciuti o meno, sia in grado di compromettere drasticamente la riuscita dell'intero trattamento sostitutivo e la gestione stessa del paziente.

Posta la questione in questi termini diventa cruciale, allora, poter andare a cercare, nel paziente dipendente, un'avvisaglia sintomatologica fortemente indicativa di un possibile quadro psichiatrico grave, pregresso, attuale o incipiente, come un disturbo di *spettro schizofrenico* o *bipolare* che consenta di modulare opportunamente la terapia sostitutiva e/o il trattamento psicoterapeutico-riabilitativo.

## Il questionario FBF dei Sintomi-Base

L'FBF è un questionario di valutazione psicopatologica di matrice tedesca, risalente, come concetto, alla Scuola di Heidelberg e alla impostazione fenomenologica di Karl Jaspers (1913) e di Kurt Schneider (1959).

Elaborato da Lilo Sullwold e curato per l'edizione italiana da Stanghellini, Strik e Cabras (1996), il questionario è fondato esclusivamente su quanto gli stessi utenti sono in grado di riferire all'intervistatore circa i disturbi nella percezione della propria esperienza di sé, con gli altri, nel mondo.

\*Dirigente medico, neuropsichiatra, Responsabile U.O. Doppia Diagnosi Centro Diurno "Giano", Area Dipendenze ASL NA 3 - Coord. V. D'Auria.

Si compone di 98 *item* semplici, a cui il paziente deve rispondere semplicemente "sì" o "no".

Può essere autosomministrato.

Queste esperienze disturbanti si chiamano sintomi di base (S-B) e sono fortemente indicative di una pregressa o incipiente crisi psicotica o di un residuo psicotico *post-critico*. I S-B, alla stregua di un sensibilissimo *tracciante*, allertano l'esaminatore nei confronti di un'area psicopatologica comorbile presente nell'utente tossicomane che ha di fronte. I 98 *item* concernono complessi fenomeni patologici di tipo affettivo, percettivo e cognitivo.

Sono composti da frasi semplici che riferiscono di disturbi soggettivi sub-clinici (es.: *Talvolta i miei pensieri sono così invadenti, come se qualcuno pensasse dentro di me a voce alta*).

I disturbi aumentano nelle fasi psicotiche acute e sono raramente riferiti spontaneamente o indagati durante l'esame psichiatrico di *routine*.

Tab. 1 - Disagi Psicologici e Disturbi Psicici rilevati dall'FBF

1. Perdita del controllo e della padronanza di sé
2. Percezione (semplice)
3. Percezione (complessa)
4. Linguaggio
5. Pensiero
6. Memoria
7. Motricità
8. Perdita degli automatismi
9. Anedonia ed ansia
10. Sovrabbondanza di stimoli

## I S-B nell'abuso di sostanze

Perché proporre uno strumento come l'FBF nel campo delle dipendenze da sostanze psicoattive, scavalcando l'ambito clinico puramente psichiatrico dentro cui era nato?

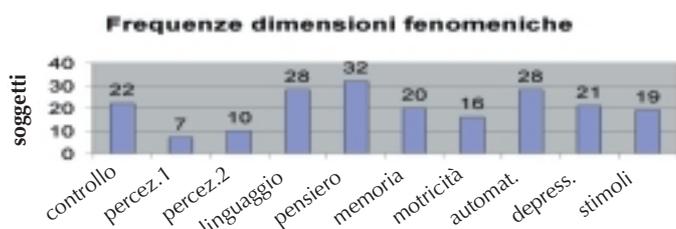
L'idea di fondo è che uno strumento semplice, sensibile e specifico per i S-B, sia utile a comprendere e a cogliere la tipologia psicopatologica del paziente anche quando quest'ultimo si presenta in fase di parziale compenso o in fase mascherata per qualche altro motivo, per esempio per l'uso di sostanze<sup>1</sup>.

In altri termini l'FBF consente di rilevare o di pescare la sintomatologia sottosoglia, che è proprio quella più pericolosa, perché, ad esempio, può essere mascherata dall'oppiaceo *full agonist* come eroina o metadone o, in alcuni casi, smascherata dall'utilizzo di un oppiaceo *partial agonist* come la buprenorfina.

Inoltre l'alta sensibilità e l'alta specificità dell'FBF per i sintomi sottosoglia di pertinenza e di rilevanza psicopatologica, consente di non confondere tutta una serie di disturbi della cenestesi che molto spesso vengono accusati dall'utente in fase di induzione a buprenorfina, e che, erroneamente, vengono ascritti ad una sintomatologia astinenziale<sup>2</sup>.

Tab. 2 - Primo studio clinico con l'FBF sulla Doppia Diagnosi

Cantoni e coll. (2004) hanno somministrato l'FBF ad un campione di 40 soggetti. Nell'elaborazione dei dati sono state considerate come problematiche quelle dimensioni che i soggetti indicavano per un numero di items >5 ed è stato ricavato il seguente grafico che rappresenta, appunto, la frequenza con cui ogni dimensione fenomenica è stata indicata come problematica dai soggetti.



I risultati ottenuti in questo lavoro preliminare di ricognizione dei sintomi pre-, intra-, e post-psicotici intercorrenti all'abuso di sostanze ha messo in evidenza in un campione di 40 soggetti un punteggio medio di 51 items positivi (singoli punteggi variano da 12 a 92). I disturbi correlati all'area del pensiero sono quelli indicati più frequentemente, seguiti dai problemi legati alla perdita degli automatismi e al linguaggio. I disturbi legati alla perdita del controllo, alla memoria e allo stato depressivo sono stati rilevati dalla metà del campione. La bassa frequenza di problematicità che si osserva nelle dimensioni legate alla percezione semplice e complessa è dovuta in parte all'effetto delle sostanze, in parte all'assenza di psicosi florida al momento della valutazione.

## Quale psicosi nel tossicomane?

La psicosi che esordisce nel campo di coscienza tossicomane è una psicosi non più tipica, semmai è esistita una psicosi tipica. Essa si presenta, spesso, più che come una sindrome chiaramente definibile, come un insieme fluttuante ma al tempo stesso pervasivo di esperienze deliranti, allucinatorie e di alterazione dell'umore. Oppure, in mancanza di questo, cioè di una sintomatologia coglibile dall'esterno in maniera distinta, nosograficamente operazionalizzabile secondo il DSM IV TR, essa si configura, più spesso, come l'imbalsamazione in una *psicosi di base*, ovvero un'invasione di *sintomi di base* che rendono la vita del soggetto completamente disfunzionale da un punto di vista sociale e personale ma, ciononostante, non visibilmente pervasa dal delirio e dall'allucinazione.

Una *psicosi senza sintomi francamente psicotici*, caratterizzata, tuttavia, da una psicotizzazione di tutta l'esperienza interna bloccata su esperienze fenomeniche disturbate e disturbanti di livello intermedio.

Gli *stadi di base* sono quelle condizioni psicopatologiche subsindromiche caratterizzate da un'insieme di esperienze disturbanti (cioè da un insieme di S-B) che possono precedere la psicosi immediatamente, come stadi di base prodromici o pre-psicotici, o possono precederla di molto, anche di anni, come nel caso delle cosiddette sindromi di avamposto (*outpost syndrome*).

Oppure gli stadi di base possono caratterizzare il fondo dell'esperienza psicotica in fase attiva, quindi *intra-psicotica* o seguirla in modo cronicamente stabile dopo che la fase acuta è passata. In questo caso si definiscono stadi di base *post-psicotici*.

L'abuso di sostanze psicoattive può intercorrere in ciascuna di queste fasi ed essere un fattore di frenaggio o di precipitazione della transizione tra fenomeni di base iniziali e fenomeni finali tipici della psicosi conclamata.

In particolare Kloesterkoetter<sup>3</sup> (1988) ha evidenziato una serie di sequenze specifiche che scandirebbero la transizione, fino ad un certo punto reversibile, tra fenomeni iniziali, fenomeni intermedi e fenomeni finali.

Molti tossicomani la cui esperienza drogastica è esitata in una configurazione psicotica hanno dichiarato, durante la somministrazione della FBF (Cantoni *et al.*, 2004) che, mentre stavano *fatti*, ovvero sotto l'effetto della sostanza, qualunque essa fosse, dall'eroina alla cocaina, subivano alcune alterazioni della percezione semplice e di quella complessa, per esempio avevano *micropsie*, cioè vedevano gli oggetti rimpicciolirsi fino a sfocarsi oppure avevano una caratteristica perdita di familiarità degli oggetti.

Un'altra capacità che sembra venire meno, nello stato *crepuscolare dello sballo*, è la resistenza alla pressione di stimoli interferenti, per cui, ad esempio, sul rumore di fondo dei pneumatici delle automobili sull'asfalto si iscrive qualcosa che ha a che fare con una voce, cosicché da rumore indifferente quello diventa un rumore parlante, un rumore che dice. Oppure, in alcuni casi, aumenta la permeabilità dei propri pensieri alla leggibilità da parte degli altri, ovvero si ha un senso di strana sofferenza o diffusione dei propri pensieri, oltre i cosiddetti confini dell'io (*Ich-Grenze* di Federn, 1952).

Da qui prenderebbero il via le esperienze di passività (*Gemachten*), ovvero *dell'esser invasi, sopraffatti da qualcosa di esterno*, stando in quell'atmosfera di irrisolutezza confusa che Bleuler (1911) già definiva *Benommenheit* o della perplessità di Callieri, la *Ratlosigkeit*<sup>4</sup>.

## L'esperienza dell'U.O. di Doppia Diagnosi

Da sei mesi è attiva presso l'Area Dipendenze dell'ASL NA 3, l'U.O. interdistrettuale di Doppia Diagnosi, con annesso Centro Diurno "Giano". L'organico è composto da due medici psichiatri, uno psicologo borsista, due psicologi volontari, quattro infermiere professionali, due educatori, tre assistenti sociali.

Il Servizio, annesso ad una UO Ser.T., ma con accesso separato, è attivo dalle ore otto alle diciassette dal lunedì al venerdì e offre consultazione psicodiagnostica e presa in carico farmacologica e psicoterapeutica a livello ambulatoriale. Il centro diurno incluso nel Servizio ha una capienza di 20 utenti.

Gli invii vengono fatti dalle UuOoSerT e dalle UuOoS-Mm del territorio di competenza e dalle AsSsLl viciniori. Allo stato risultano aperte cento cartelle cliniche.

La grande maggioranza dei pazienti è in trattamento con neurolettici atipici.

La scelta degli atipici è stata motivata dalla minore compromissione della reattività agli stimoli e della cognitività, oltre che alla scarsa incidenza di sindromi extrapiramidali.

In particolare, l'olanzapina si è evidenziata, tra gli atipici, come prima scelta per quelle situazioni (frequenti) di compromissione della sfera affettiva e dell'umore associata alla sfera ideativa e a quella percettiva. Risultati incoraggianti si stanno avendo anche nei confronti di cocainomani con discreta presenza di sintomi di base, nei quali il trattamento con olanzapina a non meno di 15 mg/pro die in compresse orodispersibili, oltre a "schiarire" il quadro "confusionale" sarebbe in grado di ridurre drasticamente il craving per la cocaina.

I grafici che seguono mostrano una strisciata di ventisette pazienti inviati all'UO di Doppia Diagnosi per i quali è stata posta una diagnosi di psicosi, di tipo schizofrenico o di tipo affettivo.

Il valore medio della FBF al tempo zero era di 56,74/98. I grafici forniscono dati di tipo epidemiologico sulla popolazione con doppia diagnosi che afferisce all'U.O. Doppia Diagnosi. Inoltre si hanno delle indicazioni sul trattamento farmacologico sia sostitutivo che farmacologico di tipo psichiatrico.

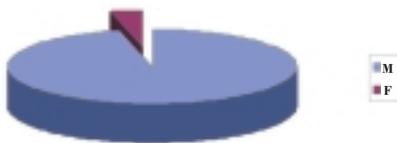


Fig. 1 - Sesso - n=27



Fig. 2 - Stato Civile - n=27



Fig. 3 - Scolarità - n=27



Fig. 4 - Tipo di dipendenza - n=27



Fig. 5 - Diagnosi - n=27



Fig. 6 - Terapia farmacologica di tipo sostitutivo



Fig. 7 - Trattamento farmacologico in monoterapia e politerapia



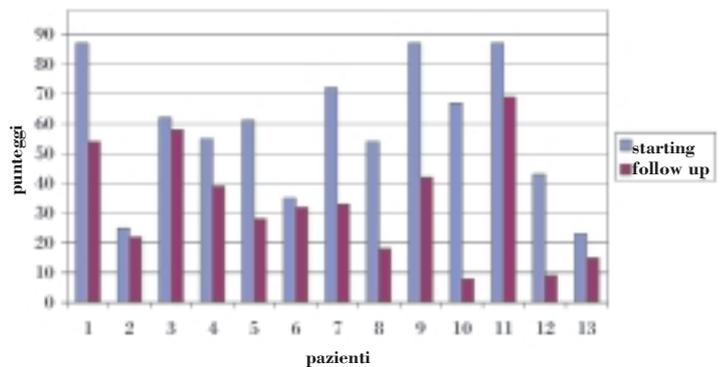
Fig. 8 - Trattamento antipsicotico - n=27

Lo schema di tab. 3 mostra, invece, il netto miglioramento che si è ottenuto in sei mesi di trattamento su un campione di 13 dei 20 pazienti reclutati per il centro diurno, che seguono il programma terapeutico-riabilitativo quotidianamente.

Il grafico della tab. 4 mostra come in sei mesi di trattamento centrato sulla psicoterapia espressiva di gruppo, supportiva individuale, di riabilitazione in diurno e di trattamento sostitutivo e farmacologico si siano significativamente ridotti i disturbi nei loro dieci insiemi fenomenici riassuntivi dei S-B.

Questa è la dimostrazione della reversibilità, fino ad un certo punto, oltre che della sintomatologia produttiva, anche della sintomatologia di base, quando il paziente, correttamente diagnosticato e trattato con neurolettici atipici, viene immerso in un'atmosfera empatica, supportiva e curvata in senso spiccatamente psicoterapeutico.

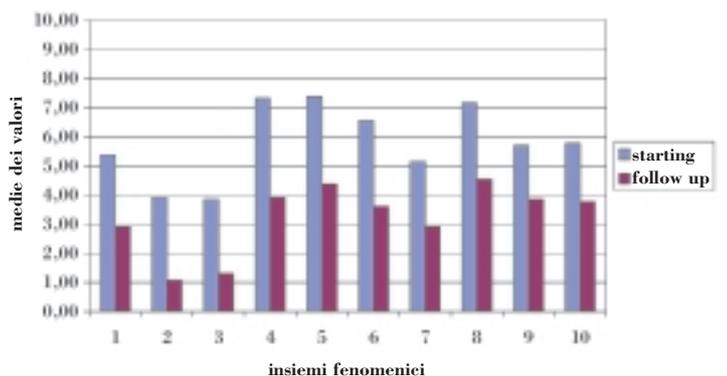
Tab. 3 - Confronto FBF



La tabella seguente mostra la suscettibilità di reversibilità e di miglioramento dei singoli valori relativi ai dieci insiemi fenomenici dell'FBF.

I numeri identificativi degli insiemi hanno la loro leggenda nella tab. 4.

Tab. 4 - Confronto insiemi fenomenici FBF



## Conclusioni e prospettive

Un accenno è doveroso, a questo punto, alla valenza preventiva derivante dal monitoraggio dei S-B.

Il rilevamento di stadi di base *pre-psicotici*, infatti, che, di norma, possono precedere anche di anni lo sviluppo di una psicosi vera e propria ma che, nel caso dell'utilizzo di sostanze sono suscettibili di slentizzazione e di precipitazione, consente di guadagnare tempo prezioso per la presa in carico del paziente.

A questa fase del disturbo, infatti, i pazienti possono ancora percepire i *deficit* come tali, sono capaci di distacco critico nei loro confronti e di sviluppare strategie di compenso e di auto-aiuto, e sono, pertanto, collaborativi e disponibili alla relazione.

L'autocontrollo e l'auto-disponibilità non sono ancora perdute, e la barriera tra l'io e l'ambiente è ancora intatta. In questi casi l'impiego di un neurolettico atipico come l'olanzapina a dosaggi compresi tra 10 e 20 mg può verificarsi utile nell'indurre una regressione del disturbo di base e, di conseguenza, nel migliorare il profilo di aderenza ai trattamenti di detossificazione.

Ciò sta risultando essere particolarmente vero nei gravi cocainomani che presentano una bassa intensità di sintomi di base.

Inoltre olanzapina ha la peculiarità di essere indicato oltre che nella schizofrenia anche nella mania da moderata a grave e nella prevenzione delle recidive in pazienti affetti da Disturbo Bipolare.

Attualmente è *in press* un lavoro di confronto tra olanzapina e litio, in doppio cieco, per la prevenzione delle recidive in pazienti bipolari. Olanzapina è risultata superiore al litio nel prevenire le recidive maniacali e parimenti efficace al litio nel prevenire le recidive depressive (fig. 9 e 10).

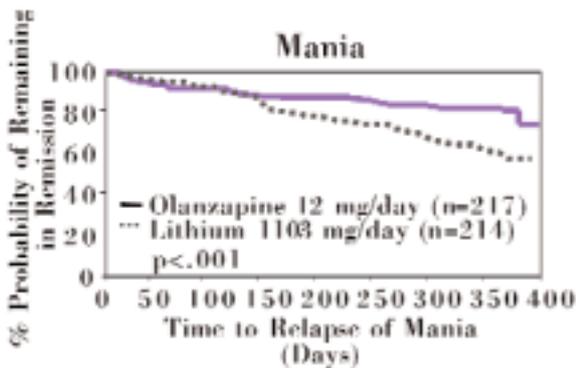


Fig. 9

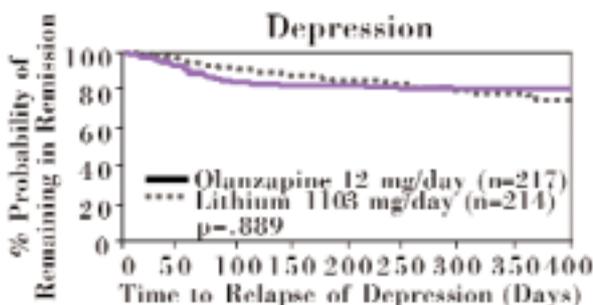


Fig. 10

L'impiego sistematico su grossi numeri di pazienti afferenti ai servizi della FBF potrà offrire un'immagine realistica dell'incidenza e della prevalenza di tratti psicopatologici di sicuro significato clinico nella popolazione tossicomane in carico al Sistema per le dipendenze.

Questo può provocare una ricalibratura dei trattamenti, sia sostitutivi e sia di tipo internistico (ad es. interferone), sia di tipo comunitario che tengano ben presente la soglia del disturbo psichiatrico.

Tab. 5 - Utilizzo dell'FBF

- Valutazione del trattamento di disintossicazione
- Valutazione del trattamento psicofarmacologico
- Valutazione dei programmi comunitari residenziali e semiresidenziali
- Valutazione della riabilitazione psicosociale
- Valutazione della psicoterapia in diversi campioni (dipendenti da eroina, da cocaina e da alcol e adolescenti dipendenti da sostanze psicoattive)

Uno *screening* siffatto di tutti gli utenti in carico può dare una maggiore capacità di interloquire con i colleghi psichiatri dei DSM e facilitare loro la strada laddove si verifici la necessità di una collaborazione.

Non è da escludere, inoltre, che perfino l'inquadramento clinico e nosografico delle psicosi maggiori in psichiatria possano risentire, eventualmente, dei risultati che verranno fuori dal monitoraggio psicopatologico degli stati tossicomani.

Sotto questo aspetto, lo studio fenomenologico e strutturale dell'esordio psicotico sul terreno tossicomane, riporta a galla la irrisolta questione che la psichiatria si trascina da oltre cento anni: il modello della psicosi unica da una parte, la *Einheitspsychose* (Zeller, Griesinger, Neumann) contrapposto al modello delle unità specifiche di malattia, le *Krankheitseinheiten* (Kahlbaum, Kraepelin).

L'istanza unitaria è riscontrabile, inoltre, in vari studi psicopatologici centrati sulle connessioni, sulle transizioni e sui passaggi tra gradi differenti dell'esperienza psicotica (Conrad, 1958; Ey, 1963; Janzarik, 1959, 69, 88; Klosterkoetter, 1988).

L'attivazione di moduli o di unità operative dedicate per la valutazione della comorbilità psichiatrica nelle tossicodipendenze, attraverso strumenti diagnostici rapidi, sensibili ed efficaci e attraverso l'utilizzo di neurolettici atipici, in particolare olanzapina, associati al trattamento sostitutivo e, dove è possibile, alla presa in carico psicoterapeutico-riabilitativa, può contribuire alla individuazione e alla risoluzione-stabilizzazione dei quadri psicotici acuti, alla prevenzione degli esordi attraverso il trattamento di sintomi prodromici riconoscibili, al miglioramento del funzionamento sociale o all'evitamento di ricoveri coatti e/o comunitari, con notevole risparmio di risorse economiche di ricadute drammatiche per il soggetto stesso, per la sua famiglia e per la società.

## Bibliografia

- Bano M.D. et al., "Efficacia del antipsicotico olanzapina en el tratamiento del abuso de cocaína en pacientes en mantenimiento con metadona. Interacción en los niveles plasmáticos", *Actas Esp. Psiquiatr.*, 29 (4):215-220, 2001.
- Bleuler E. (1911), *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.
- Cantoni G., Cardinale U., Cavuoto D., Della Porta D., Di Cintio A., Cannavò M., Di Petta G., "Doppia diagnosi: ricognizione fenomenologica con la FBF, studio su 40 casi clinici". *Atti del II Congresso Nazionale FeDerSerD*, Firenze, 2004.
- Callieri B., "Aspetti psicopatologico-clinici della Wahnstimmung", *Psychopathologie Heute*, a cura di H. Kranz, Thieme, Stuttgart, 72-80, 1962.
- Callieri B., "La nozione di Schizofrenia da Kraepelin al DSM III", *Rivista di Psichiatria*, 20, 351-361, 1985.
- Dalle Luche R., Prast H., Molon S., Maggini C., "L'immagine della schizofrenia in relazione al concetto di 'Sintomi-base'", in Sarteschi P., Maggini C., *Atti Personalità e Psicopatologia*, Vol. II, ETS, Pisa, 1990.
- Di Petta G., *Il mondo tossicomane, fenomenologia e psicopatologia*, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Federn P., *Psicosi e psicologia dell'io*, Boringhieri, Milano, 1986.
- Gross G., Huber G., Klosterkoetter J., Linz M., "Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)". Edizione Italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche R., ETS, Pisa, 1992.
- Green A.I. et al., "First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol", *Schizophrenia Research*, 66 (2004), 125-135.
- Littrell H.K. et al., "Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and substance abuse", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 217-221, 2001.
- Mcgorry P.D., Jackson H.J., *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.
- Meil M.M. et al., "Olanzapine attenuates the reinforcing effects of cocaine", *European Journal of Pharmacology*, 340, 12-26, 1997.
- Jaspers K., *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.
- Klosterkoetter J., *Basisymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*, Springer, Berlin, 1988.
- Schneider K., *Psicopatologia Generale*, Città Nuova, Roma, 1983.
- Stahal M.S., *Antipsicotici e stabilizzatori dell'umore*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- Stanghellini G., *Verso la Schizofrenia: la teoria dei sintomi-base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992.
- Sullwold L., *FBF, Questionario dei sintomi-base, Manuale. Organizzazioni Speciali*, OS, Firenze, 1991, a cura di Stanghellini G., Ricca V., Quercioli L., Cabras P.L.
- Tohen M., Greil W., Calabrese J.R., Sachs G.S., Yatham L.N., Müller Oerlinghausen B., Koukopoulos A., Cassano G.B., Grunze H., Licht R.W., Dell'Osso L., Evans A.R., Risser R., Baker R.W., Crane H., Dossenbach M.R., Bowden C.L., "Olanzapine versus lithium in rela-

pse/recurrence prevention in bipolar disorder: A randomized double-blind controlled 12-month clinical trial", *Am J Psychiatry*. Accepted 1 August 2004, in press.

## Note

1. Il terreno costitutivo della *psicosi tossica* è talmente rovesciato e smontante che si verifica una compresenza di elementi tradizionalmente distinti e distinti, come quelli umorali, quelli ideativi, percettivi e quelli cognitivi. Di questo stanno dando ampia evidenza i lavori in corso con la rilevazione dei S-B. Il tutto calato in una dimensione pervasiva che è la dimensione dell'umore. Neanche l'umore, ovviamente, qui, è un sintomo discreto, l'umore è, piuttosto, anch'esso uno stato anzi, un fondo. Anche le fasi di remissione, che tradizionalmente caratterizzano ogni decorso psicotico classico o puro o tradizionale o non inquinato da sostanze, qui vengono a mancare. A fronte di una mancata produzione di sintomatologia marcatamente positiva il paziente si stabilizza in una condizione pseudodepressiva sostenuta da gravi alterazioni dell'esperienza interna. I *sintomi di base* sono alterazioni elementari e aspecifiche dell'esperienza interna del soggetto, che, benché trascurate dall'osservatore esterno, costituiscono quel *quid novi* che segna l'accesso allo spettro psicopatologico di segno psicotico.
2. Di fatto, nella nostra pratica clinica di oltre 600 casi trattati con BPNF, abbiamo rilevato che le maggiori problematiche di *discomfort* sono state presentate proprio dai pazienti che poi si sono rivelati essere affetti da "doppia patologia". In questo senso la BPNF funziona come una sonda che consente di evidenziare la doppia patologia, proprio per il grado di lucidità che comporta, non tanto e non solo per il suo potenziale di attivazione specifico, quanto per il fatto che in quanto agonista parziale del recettore *mu*, esita in un effetto oppiaceo, ovvero "depressogeno", molto minore rispetto al metadone e all'eroina. Senza contare il discorso, non ancora del tutto chiaro, dell'antagonismo *k*. In questo senso è ipotizzabile che la somministrazione della BSABS prima e dopo l'induzione possa favorire la delimitazione e la quantizzazione della "terra emersa" psicotica del soggetto in questione e consentirne il trattamento specifico.
3. La ricerca psicopatologica sui sintomi di base (Huber, 1966-1986), introdotti in Italia da Maggini e Dalle Luche (1992) e diffusi dai lavori della scuola psicopatologica fiorentina, ha evidenziato proprio nelle sequenze di transizione (Klosterkoetter, 1992) i vettori che porterebbero dai sintomi di base ai sintomi manifesti, cioè dai fenomeni iniziali ai fenomeni intermedi ai fenomeni finali.
4. Anche la mimica e la motorica vengono compromesse sotto effetto di sostanze. Sono tipici, ad esempio, movimenti stereotipati e ripetitivi, che si inscrivono in un orizzonte di significato più articolato della semplice reiterazione motoria. È noto che nell'ottica fenomenologica il corpo vissuto è lo schema della propria relazione intenzionale con il mondo. Un paziente, successivamente esitato in un grave disturbo bipolare, al culmine dell'esperienza cocainica parlava con dio e iniziava, coricato di schiena sul pavimento, a battere la nuca a terra sincronizzandola alternativamente con la battuta dei talloni. Se avesse smesso di operare questa sequenza sarebbe stata intrattenibile la catastrofe.

## RECENSIONE

### Margherita Di Virgilio Manuale per OSS (operatori socio-sanitari) Interventi in campo assistenziale, sociale e sanitario

Nuova edizione ampliata e aggiornata  
Collana: Politiche e servizi sociali - pp. 416, € 21,50 Cod. 1130.121 (U)

Il volume – in questa nuova edizione aggiornata e ampliata – raccoglie i contenuti didattici necessari per la formazione degli OSS, che si occupano dell'assistenza di anziani, disabili, pazienti psichiatrici, malati, operati, malati terminali e persone che necessitano di assistenza specializzata sia dal punto di vista socio-assistenziale, che sanitario. Vengono analizzati i fondamenti principali che costituiscono la base della professionalità socio-sanitaria e vengono descritte le modalità metodologiche del lavoro sociale, con particolare attenzione all'etica e deontologia professionali, al segreto professionale e alla privacy. Un ampio capitolo viene dedicato alla legge 626 sulla sicurezza in ambito lavorativo. Segue la parte relativa alla legislazione socio assistenziale, sanitaria e previdenziale, con la descrizione dei principali servizi socio-sanitari.

La parte psicologica e sociologica illustra le reazioni e i meccanismi psicologici e sociali che subentrano nelle interazioni fra esseri umani e nel

rapporto con gli assistiti e la descrizione delle caratteristiche psicologiche delle principali categorie di utenti con cui l'OSS potrà trovarsi a operare.

La sezione medico infermieristica descrive le principali funzioni del corpo umano e le più diffuse patologie che possono presentare i soggetti a cui è rivolta l'assistenza ed è completata da schede operative su come intervenire a livello pratico sia sull'ambiente che sulla persona. È compresa anche una parte di fisioterapia, sulla mobilizzazione e riabilitazione. I disturbi psichici vengono trattati più diffusamente rispetto alle altre patologie, in quanto racchiudono un complesso di disturbi particolarmente articolato.

Sono inseriti inoltre due brevi capitoli sull'animazione e sull'approccio psicomotorio, a completamento della formazione dell'OSS.

Le nozioni teoriche sono trattate con taglio e linguaggio precisi e chiari, e sono corredate da esempi pratici su come intervenire, anche sotto forma di schede operative: il testo rappresenta pertanto un valido strumento didattico, non solo come manuale per quanti frequentano corsi per OSS, sia nella formazione di base, che nei corsi di riconversione di ASA e OTA in OSS, o per il personale para-medico, ma anche come testo di riferimento e di consultazione utile per i parenti delle persone che necessitano di assistenza e per quanti praticano attività di volontariato o per altri operatori in genere che si occupano di assistenza.

Margherita Di Virgilio, psicologa, ipnoterapeuta e psicoterapeuta, vive e lavora a Milano.



## Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole

Pietro Casella\*, Anna De Santi\*\*, Luana Penna\*\*, Gianfranco Tarsitani\*\*\*, Piergiorgio Zuccaro\*\*\*\*

*Le sostanze psicotrope, alcol, droghe, farmaci, possono produrre danni, in modo diretto ma, soprattutto, in modo indiretto, grazie alla loro capacità di modificare le funzioni cognitive e comportamentali. In particolare, le sostanze psicotrope possono ridurre notevolmente la capacità di guida di veicoli a motore e rappresentano un importante fattore di rischio di incidente stradale. Negli ultimi anni tali sostanze sono state individuate come le principali responsabili di morti ed invalidità gravi da incidente stradale.*

*A tale proposito un gruppo di operatori e ricercatori si sono impegnati nella ricerca di possibili interventi finalizzati alla prevenzione del fenomeno degli incidenti stradali elaborando linee guida per l'adozione di nuovi metodi e contenuti, da parte di insegnanti ed istruttori di autoscuola, per il conseguimento della patente di guida.*

### Introduzione

Attualmente in Italia, gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte per la popolazione di età inferiore ai 40 anni, con un'incidenza annuale di circa 250.000 incidenti, 7.000 morti e 300.000 feriti.

Queste cifre, che qualcuno assimila ad un bollettino di guerra, devono indurre istituzioni, ricercatori ed operatori a approfondire tutti gli sforzi per porvi rimedio, agendo su tutti i fronti, dal miglioramento dei sistemi di sicurezza dei veicoli, al miglioramento della sicurezza delle strade, all'intervento forte sugli atteggiamenti e sui comportamenti dei guidatori.

In effetti, analizzando a fondo i fattori di rischio correlati agli incidenti stradali, si rileva come tra le cause attribuite al veicolo, quelle attribuibili all'ambiente complessivamente inteso e quelle attribuibili al fattore umano, queste ultime rivestono il ruolo di gran lunga più importante, essendo state stimate responsabili di oltre il 90% degli incidenti stradali.

In dettaglio, il fattore umano può essere definito come un insieme di subfattori ciascuno dei quali è stato individuato e pesato per il rispettivo ruolo nel determinismo del fenomeno incidente stradale; tra questi:

- **L'età:** il rischio maggiore di incidente stradale si evidenzia per le età inferiori ai 25 anni ed oltre i 65.
- **L'esperienza di guida:** il maggior rischio si ha durante il primo anno dal conseguimento della patente di guida,

\* Dipartimento delle Dipendenze, ASL RM/E.

\*\* Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità.

\*\*\* Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, Università "La Sapienza" Roma.

\*\*\*\* Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità.

per ridursi drasticamente nei periodi successivi grazie all'acquisizione di maggior esperienza.

- **La percezione del rischio:** i soggetti giovani tendono a sottostimare il rischio connesso con la guida di veicoli a motore e a sovrastimare le proprie capacità di guida.
- **La ricerca del rischio:** i soggetti giovani, in particolare in età adolescenziale, tendono mediamente ad assumere atteggiamenti e comportamenti contraddistinti da una più o meno palese ricerca di situazioni rischiose.
- **L'integrità psicofisica:** è necessario che ci si ponga alla guida di veicoli a motore in possesso delle condizioni ottimali di integrità psicofisica, ivi compresa l'astensione completa dall'assunzione di qualunque sostanza psicotropa (alcol, sostanze stupefacenti, farmaci).

La disamina dell'evidenza scientifica delle correlazioni sopra riportate ha indotto alla considerazione che, laddove sia possibile agire sugli atteggiamenti, i comportamenti, i valori adottati dalle persone, in merito alla guida di veicoli a motore, ciò possa incidere nel ridurre l'influenza di determinati fattori di rischio nella genesi degli incidenti stradali e delle loro conseguenze in termini di mortalità ed invalidità.

Si è pertanto costituito un gruppo di lavoro che si è posto come obiettivo quello di costruire un documento che contenesse delle raccomandazioni, suffragate dalla migliore evidenza scientifica disponibile, riguardo a nuove modalità di condurre la formazione di soggetti impegnati nel conseguimento della patente di guida all'interno delle autoscuole.

### Metodologia di lavoro

Presso l'Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS-ISS), con il sostegno dell'Osservatorio Fumo Alcol e Droga (OSSFAD-ISS), si è costituito un gruppo di lavoro aggregando operatori ed esperti nel campo della prevenzione degli incidenti stradali, dell'epidemiologia, della comunicazione, delle dipendenze da sostanze.

Il percorso si è articolato attraverso fasi successive con l'individuazione degli obiettivi, la scelta del target più appropriato, la scelta dei contenuti da trattare, la strategia della ricerca delle evidenze scientifiche, il reperimento degli articoli presenti nella letteratura internazionale specialistica e la valutazione di qualità degli stessi, infine con la definizione di raccomandazioni da proporre ai destinatari.

In particolare, ci si è preoccupati di rispondere a tre semplici domande:

1. **a chi rivolgersi:** la scelta è stata effettuata sugli insegnanti ed istruttori di autoscuole;

2. **cosa** trasmettere: indicazioni e raccomandazioni su contenuti e metodi di formazione degli allievi che vogliono conseguire la patente di guida;
3. **come**: con metodi e tecniche che possiedono una dimostrata evidenza di efficacia.

## Obiettivi

Gli obiettivi specifici del progetto possono essere così schematizzati:

- sensibilizzare la popolazione giovanile alle tematiche della sicurezza stradale attraverso il coinvolgimento delle autoscuole;
- promuovere l'acquisizione di conoscenze relative ai fattori di rischio associati agli incidenti stradali e l'adozione di un metodo didattico partecipativo da parte degli insegnanti ed istruttori di guida delle autoscuole;
- coinvolgere gli Enti (Ministeri, Regioni, Province, Comuni, Aziende Unità Sanitarie Locali) con competenze specifiche su argomenti correlati alla sicurezza stradale (uso di alcol e sostanze stupefacenti, primo soccorso) nella creazione di una rete di collaborazione con le autoscuole.

La scelta di rivolgersi alle autoscuole è stata motivata da una serie di considerazioni: le autoscuole sono realtà diffuse capillarmente su tutto il territorio nazionale e per tale motivo possono raggiungere una proporzione che si avvicina alla totalità della popolazione giovanile interessata, inoltre sono in contatto con un gruppo target pressoché omogeneo e fortemente motivato in relazione all'aspettativa del rilascio della patente di guida.

Gli insegnanti delle autoscuole, oltre a fornire l'addestramento necessario al compimento di manovre più o meno complesse, possono veicolare informazioni riguardo ai rischi connessi all'attività di guida e ad elementi inerenti la sicurezza stradale, ma soprattutto possono indurre l'adozione di atteggiamenti e comportamenti improntati alla sicurezza.

## Raccomandazioni e manuale

Il percorso ha dato esito alla redazione di un documento dal titolo **Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole**, pubblicato come **Rapporto Istisan 04/22 Parte 1 e Parte 2**, costituito da due volumi: il primo è un **Documento di Indirizzo**, elaborato con la metodologia utilizzata per la produzione delle linee guida cliniche, attraverso la ricerca delle evidenze scientifiche di efficacia di interventi, in cui vengono esposti i dati epidemiologici aggiornati riguardanti il fenomeno degli incidenti stradali e fornite raccomandazioni riguardanti i contenuti e le metodologie da adottare all'interno dei corsi per il conseguimento della patente di guida.

Il secondo è un **Manuale Operativo per Insegnanti ed Istruttori** e rappresenta uno strumento attraverso il quale apprendere metodi didattici efficaci e spunti tecnico-metodologici da applicare nella trasmissione dei contenuti.

## Contenuti

La scelta dei contenuti da trattare nel documento è stata guidata dall'evidenza relativa ai fattori di rischio di incidente stradale: è stata approfondita la trattazione di fattori, condizioni e comportamenti che, sulla base della ricerca scientifica, sono fortemente associati ad un maggiore rischio di incidente stradale come quelli correlati ai modelli comportamentali tipici dell'età adolescenziale, la guida sotto l'effetto dell'assunzione di alcol e di sostanze stupefacenti, gli effetti indesiderati sulla capacità di guida da parte di farmaci assunti a scopo terapeutico, gli effetti di manovre di primo soccorso come prevenzione delle conseguenze più gravi di incidente stradale.

## Strategia di ricerca

L'evidenza scientifica dei contenuti del documento è stata reperita seguendo la metodologia e la strategia tipica delle revisioni sistematiche della letteratura internazionale al fine di ottenere l'obiettivo di reperire una proporzione di riferimenti bibliografici il più possibile prossima alla totalità della produzione scientifica in materia di prevenzione degli incidenti stradali.

Sono state quindi individuate una serie di parole chiave, riferite agli argomenti di interesse, attraverso le quali gli articoli (487) sono stati indicizzati nelle diverse banche dati.

Sono state consultate diverse banche dati, non solo di interesse biomedico, ma anche specificamente concernenti materia di ricerca in ambito di trasporti:

- PubMed (National Library of Medicine)
- ITRD (International Transport Research Documentation)
- TRIS (Transportation Research Information Service)
- SSCI (Social Science Citation Index)
- PsycINFO (American Psychological Association APA)
- Pascal (Institut de l'Information Scientifique et Technique INIST)
- Siti web (Bioline International, BioMed Central, DOAJ Directory of Open Access Journals, Free Medical Journals, Highwire, PMC PubMed Central)

## Conclusioni

Una volta pubblicato, il documento è stato presentato in un convegno organizzato all'Istituto Superiore di Sanità. Allo scopo di ottenere una reale applicazione, è attualmente in corso una fase di validazione del documento.

Tale analisi viene svolta attraverso un attento esame da parte di referee autorevoli e attraverso una valutazione, per mezzo di una griglia, da parte di un campione di insegnanti/istruttori di autoscuola. La successiva fase del percorso prevede un programma di formazione di formatori con il contributo degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Dipartimenti delle Dipendenze/Ser.T. delle ASL del territorio nazionale, che dovranno occuparsi della successiva fase di formazione dell'intera popolazione degli insegnanti/istruttori stessi.

## Bibliografia

- Bagnall G., *Educating young drinkers*, Taviztck/Routledge, 1995.
- Bailey K., *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, 1985.
- Baumrind, *A development adolescent risk taking in contemporary America*, in C.E. Irwin jnr. (a cura Jossey Bass, 1987).
- Bisi S., Brunello G., Lecina C., *Ragazzi senza tutela*, MN edizioni, Barcellona, 1996.
- Bush (a cura di), *Drug Problem in Britain*, Academic Press, 1981.
- "The Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers Evidence based road safety: the Driving Standards Agency's school programme in Public Health", *The Lancet*, Vol. 358, July 21, 2001.
- Daniel R. Mayhew, Herbert M. Simpson, Allan F. Williams, *Effectiveness and Role of Drive Education and Training in a Graduated Licensing System*.
- Davis J.B., Stacey, *Teenager and Alcohol*, HMSO, 1972.
- Deshapriya, *Blood alcohol levels in fatalities*, Trasport and Road Research Laboratory, 1998.
- Farr, Moscovisi, *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, 1989.
- Fazey C., *The aetiology of psychoactive substance use*, Unesco, University of California Press, 1988.
- Fondazione Cesar, *Progetto sicurcodice 1999*, Ania, Unipol, Pilot.
- ISTAT, *Statistica degli incidenti stradali*, 2002, Annuari.
- James Hedlund, Richard Compton, "Graduated driver licensing research in 2003 and beyond", *Journal of Safety Research*, 35 (2004), 5-11.
- Jaap van der Stel e Deborah Voordewind, *Manuale di prevenzione Alcol, droghe e tabacco*, Franco Angeli, 2001.
- James Hedlund, Richard Compton, "Graduated driver licensing research in 2003 and beyond", *Journal of Safety Research*, 35 (2004), 5-11.
- Jean T. Shope, Lisa J. Molnar, Michael R. Elliot, "Graduated Driver Licensing in Michigan", *JAMA*, October 3, 2001, vol. 286, n. 13.
- Jessor R., Jessor S.L., *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic Press, 1977.
- Jodelet D., *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, 1995.
- Ker K., Roberts I., Collier T., Renton F., Bunn F., *Post licence driver education for the prevention of road traffic crashes*, The Cochrane Library 2004, Issue 1.
- Kozlowski L.T., "Rehabilitating a genetic perspective in the study of tobacco and alcohol use", *British Journal of Addiction*, vol. 86, 1991.
- Lane D.A., "Predictors of drug use", *Community Health*, vol. 8, 1976.
- Ministero dei Lavori Pubblici - Direzione Generale della Viabilità e Mobilità Urbana ed Extraurbana - *Guida di educazione stradale per gli insegnanti*.
- Ministero dei Lavori Pubblici - Ispettorato generale per la circolazione e la sicurezza stradale, Comitato sicurezza stradale ISP, *Insieme per le vie del mondo*.
- Ministero dei Lavori Pubblici - ACI, *La sicurezza nasce in famiglia, Insegnate ai vostri figli a guidare*.
- Plant Martin, Moira, *Comportamenti a rischio negli adolescenti*, Erickson, 2001.
- Niki Harrè, Jeff Field, "Safe driving education programs at school", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 22, n. 4, 1998.
- Noventa A., *Alcol e guida*, ASL della Provincia di Bergamo, Servizio per le Dipendenze U.O. Alcolgia, 1998.
- Oxford J., Harwin J. (a cura di), *Alcohol and the family*, Croom HELM, 1982.
- Petrillo, *Psicologia della salute*, Liguori, 1996.
- Progetto Salute, *Educare alla salute - sicurezza domiciliare e stradale - scuole elementari e medie - Coordinamento tra i Servizi per l'Educazione Sanitaria*, USL 27 Bologna ovest, 1994.
- Smith N., MD, MPH, Carolyn Di Guiseppi, MD, MPH per conto dell'U.S. Educazione sanitaria per la prevenzione di lesioni da incidenti stradali. Preventive Services Task Force. Guida ai servizi clinici di prevenzione cap. 57.
- Zani, *Psicologia e salute*, Il Mulino, 2000.
- Zuckerman M., Neeb M., "Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation in religion, smoking, and driving habitus", *Personality and Individual Differences*, 1, 1980.

## NOTIZIE IN BREVE

Si è tenuta a Melfi (Potenza), l'11 e 12 marzo scorsi, organizzata dal Progetto EURIDICE - Cooperativa Marcella unitamente alla Regione Basilicata, ad enti sanitari e del mondo del lavoro e a varie associazioni tra cui FeDerSerD, una Euroconferenza sui temi della dipendenza da sostanze e mondo del lavoro. Pubblichiamo la risoluzione finale sostenendo l'impegno della Cooperativa Marcella, ente legato da un patto federativo a FeDerSerD - Per ulteriori informazioni: [info@coopmarcella.it](mailto:info@coopmarcella.it), [www.coopmarcella.it](http://www.coopmarcella.it).

### Euroconferenza "Verso un programma europeo su dipendenza da sostanze e mondo del lavoro"

#### Risoluzione Finale

##### Premessa

La diffusione della droga rappresenta una minaccia per l'individuo, il gruppo, l'organizzazione nella società e nei luoghi di lavoro. E, quindi, urgente aumentare la consapevolezza e la conoscenza tra i lavoratori sugli effetti delle droghe, prevenire e ridurre le conseguenze negative delle sostanze, sviluppare programmi di formazione ed apprendimento continuo sui rischi associati alla dipendenza da sostanze nei luoghi di lavoro, aumentare i livelli di competenza dei lavoratori nel contrastarne l'abuso.

##### Prospettive strategiche

Tenuto conto che nel programma di lotta contro la droga della Unione Europea, il mondo del lavoro non è identificato come contesto dove è possibile sviluppare azioni per ridurre e prevenire la domanda di droga;

Considerato che l'uso di droga è in aumento nel mondo del lavoro;

Osservato che i giovani lavoratori sottovalutano il rischio di dipendenza collegato con il consumo di droghe sintetiche;

Considerato che la dipendenza da sostanze ha un impatto rilevante sui servizi sociali e sanitari;

Notato come i programmi di prevenzione delle dipendenze da sostanze rivolti al mondo del lavoro sono limitati;

Considerato che la mancanza di un continuum nei programmi di prevenzione delle dipendenze da sostanze vanifica gli sforzi e rende incompiuta l'azione di prevenzione;

Considerato che esiste un bisogno di promuovere programmi di intervento strutturati ed a lungo termine verso il mondo del lavoro per contrastare la dipendenza da sostanze;

Tenuto conto che il progetto Euridice ed il know-how ad esso associato è implementato in molti degli Stati dell'Unione Europea;

Sulla base di quanto detto sopra e delle prospettive strategiche tracciate, questa Euroconferenza propone:

- a) che venga dato rilievo alla riduzione della dipendenza da sostanze nel mondo del lavoro nel Piano di Azione Contro la Droga della Unione Europea (2005-2008) e della Strategia Europea contro la Droga (2005-2012);
  - b) di considerare Euridice Network, che è presente nella maggioranza dei paesi europei con specifici progetti di intervento, come uno dei centri focali europei per la promozione di attività di prevenzione nel mondo del lavoro;
- tale richiesta si basa su quanto previsto al punto w) della relazione recante una proposta di raccomandazione del Parlamento europeo destinata al Consiglio sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) (2004/2221(INI) elaborata dalla Commissione per le libertà civili, la giustizia e gli affari interni.
- c) di sostenere con adeguate risorse finanziarie il centro focale europeo Euridice;
  - d) di considerare lo sviluppo di standard minimi per la prevenzione della tossicodipendenza nel mondo del lavoro;
  - e) di assicurare che questi standard minimi di prevenzione delle dipendenze da sostanze siano applicati soprattutto nelle PMI;
  - f) di raccomandare alle autorità nazionali, regionali e locali di inserire nella programmazione degli interventi socio-sanitari il mondo del lavoro come un contesto specifico dove è possibile sviluppare programmi di prevenzione delle dipendenze da sostanze.

Melfi 12 marzo 2005

# La valutazione del grado di conoscenza sul doping sportivo nei giovani sportivi. Una nuova proposta metodologica: il "PD-test"

Manlio Protano\*, Luigi Luongo\*\*, Sergio Brunamontini\*\*, Nicola Mucciante\*\*\*

*In questo articolo, si propone un nuovo questionario per misurare il livello di conoscenza del doping sportivo, rivolto principalmente alla popolazione giovanile, al fine di valutare l'opportunità di programmare ulteriori interventi di prevenzione, più calibrati e specifici ed in un'ottica di razionale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili per lo scopo.*

*Nell'articolo viene presentato il test nella sua formulazione e con i valori di "score" per un primo iniziale utilizzo libero, ed una esperienza pratica di applicazione.*

*La materia si inserisce in un campo di applicazione che coniuga la specificità di intervento della medicina delle tossicodipendenze e lo sviluppo delle relative esperienze, con l'attenzione della medicina dello sport alla pratica di attività sportive condotte lecitamente e senza il ricorso a metodi artificiali per il raggiungimento di traguardi agonistici.*

## Introduzione

Nella tematica degli interventi contro il doping sportivo (cioè i diversi metodi farmacologici artificiali sull'individuo, a cui si ricorre per alterare il risultato di una prestazione sportiva, al fine di migliorarlo, fraudolentemente), un ruolo cruciale è attribuito all'attività di prevenzione primaria del fenomeno nei giovani.

Lo sport, infatti, costituisce una delle attività socializzanti ed educative di più immediata accessibilità e pertanto è intuitivo come il fenomeno si può sviluppare nella vasta platea di atleti e praticanti amatoriali e dilettanti.

Un intervento preventivo mirante allo sviluppo di conoscenze adeguate e consapevoli sui rischi sanitari connessi all'utilizzo di sostanze dopanti e sugli aspetti correlati, può sicuramente contribuire a ridurre il ricorso all'utilizzo stesso [1-2-3].

L'inserimento, nelle attività di formazione ed educazione, di specifici interventi preventivi, meglio se integrati con programmi di ampio raggio, come quelli che sono connessi, ad esempio, con la farmacotossicodipendenza o con l'educazione alla salute, costituisce inoltre un utile banco di prova per i manager delle agenzie pubbliche [4].

Infatti, la necessità di effettuare scelte economicamente "virtuose", particolarmente in sanità pubblica, per ridurre gli eccessi di spesa, spinge ad attuare tutte le sinergie (operative ed organizzative) che portino al raggiungimento di più obiettivi preventivi, con una pianificazione finanziaria più integrata ed articolata possibile [4-5], garantendone la maggiore efficacia possibile.

A fronte di questa esigenza, variamente sentita dagli amministratori e dai policy-makers, l'utilizzo di uno strumento (in forma di questionario), che permetta una valutazione delle conoscenze sul doping, da parte degli studenti, su una scala

riferita ad una popolazione (il distretto socio-sanitario, ad esempio), può costituire una opportunità valida, per pianificare gli opportuni interventi.

Appare evidente, infatti, come la possibilità di definire con accuratezza la popolazione target di ulteriori interventi specialistici di costo più elevato (come ad es. gli screening di laboratorio tossicologici o lo sviluppo di campagne informative multimediali), possa contribuire sensibilmente ad una corretta gestione economica della spesa sanitaria.

Un primo tentativo è costituito dallo sviluppo del "PD-test".

Pur non volendo riferirsi come uno standard assoluto, il questionario appare un primo tentativo per stabilire in che modo graduare le priorità di esecuzione di interventi di prevenzione più idonei ed adeguati (sia conoscitivi sia risolutivi), da programmare in un secondo tempo e per mezzo di misurazioni confrontabili, anche fra diversi ambiti di rilevazione, proponendo una iniziale strategia di standardizzazione.

Il test non è proposto come dichiaratamente sensibile e/o specifico, poiché le sperimentazioni sono state sinora effettuate su campioni di popolazioni non sufficientemente numerose, per fornire un dato attendibile.

Inoltre le medesime sperimentazioni sono state condotte senza la comparazione con altri metodi (ad esempio uno screening laboratoristico per determinare la prevalenza dell'uso di sostanze con effetto dopante) per alcune ragioni:

- il test si propone di fornire un dato empirico ed economico sul quale effettuare un'analisi di avvio più completa, in merito alla pianificazione di interventi mirati di prevenzione e quindi più specifici, ma con necessità di maggior investimento finanziario; per questo scopo è sicuramente indicata la costruzione di questionari con maggior numero di item e quindi più complesso, nella progettazione, nell'utilizzo e nella valutazione dei dati;
- la revisione di alcuni lavori scientifici sul tema dell'articolo, condotti con metodi diversi e maggiormente accurati, non ha evidenziato dei valori percentuali di soggetti esposti alle problematiche del doping, in misura significativamente diversa dai dati rilevati con la nostra esperienza, ed ha ciò abbiamo dato un valore di comparazione indiretta, pur se relativo.

## Descrizione del PD-test

Si tratta di un questionario [6], senza alcuna finalità diagnostica, costituito da n. 8 items: n. 7 items sono a risposta singola tra scelte predefinite; n. 1 item è a risposta multipla, tra scelte predefinite.

Due items sono relativi al doping (uno è specifico); i restanti items sono collegati ad altre aree che interessano la salute ed il benessere e sono contigue e considerabili per l'analisi del fenomeno del doping (Interesse per lo sport, salute ed agonismo, tempo libero).

Alle risposte si attribuisce un punteggio, la cui somma determina il punteggio complessivo.

La proposizione del questionario è seguita dallo sviluppo di un punteggio medio riferito al campione di popolazione esaminato, graduato su tre livelli di score.

\* *Spec. Medicina dello Sport; Ser.T. di Desenzano del Garda - ASL Brescia.*

\*\* *Spec. Medicina dello Sport; Ambulatorio Medicina dello Sport - ALS n. 11 Fermo.*

\*\*\* *Spec. Medicina dello Sport; Assistenza Primaria - ASL n. 11 Fermo.*

La correlazione con una realtà territoriale omogenea e su scala adeguata, può concorrere allo sviluppo di una validità di misura riproducibile, che ad oggi è solo sperimentale.

Sinora, sono state condotte due sperimentazioni, entrambe nella ASL n. 11 di Fermo (AP).

Una prima applicazione su un campione di riferimento, costituito da soggetti pervenuti a visita per la certificazione dell'idoneità medico sportiva, a cui è stato somministrato il test ha permesso di individuare una iniziale misura dei valori di score a cui riferirsi per la decisione di ulteriori interventi di prevenzione sul doping, e che sono riportati nella tabella 3 [7]. Questa prova sperimentale si è svolta nel periodo da settembre 2001 ad ottobre 2001, ed il campione era costituito da 275 atleti.

Una seconda esperienza di una pratica applicazione del PD-test, è stata condotta nella ASL n. 11 di Fermo, negli Ambulatori di Medicina dello Sport e nell'ambito dei progetti obiettivo anno 2003-Settore Cure Primarie, e condotta su atleti venuti a visita per l'idoneità agonistica.

Il campione di popolazione era composto da femmine per n. 125 (29%) e maschi n. 299 (71%), in età tra 12 e 18 anni e lo score del PD-test rilevato è stato quantificato in "6, 22", dando luogo alla indicazione per effettuare un intervento di prevenzione più specifico, intervenendo sulle conoscenze dei soggetti.

Si tratta, ovviamente, di un metodo non tassativamente prescrittivo, nella sua formulazione, ma che rappresenta un primo tentativo di sviluppo di uno strumento di facile applicabilità e riproducibilità, a cui fare necessariamente seguito con una valutazione più professionale, anche con le caratteristiche dell'analisi multivariata, permettendo un confronto di analisi diverse.

Presenta il vantaggio, inoltre di coinvolgere (per la proposizione e la compilazione), le figure professionali di riferimento "dirette" (insegnanti di educazione fisica, ad es.) degli studenti, che possono essere coinvolte direttamente per la somministrazione del questionario.

In tal modo è più agevole e razionale considerare le opportunità di un secondo livello di intervento preventivo primario specialistico, nell'ambito di una valutazione dei costi previsti e dei benefici attesi.

Pertanto se ne può proporre l'utilizzo sia per il confronto temporale, sia spaziale delle osservazioni.

Le tabelle (1, 2 e 3) riassumono le caratteristiche presentate.

## Prospettive di utilizzo

Dalle due sperimentazioni sinora condotte nell'utilizzo del PD-test in una popolazione composta da giovani atleti non si esclude che possa proporre il test ad altro "target": ad esempio la popolazione giovanile studentesca dai 13 ai 18 anni di età, essendo, peraltro la primitiva indicazione per cui è stato sviluppato e presentato.

In questa fascia di popolazione, infatti, il dato complessivo sulle conoscenze sul doping sportivo, potrebbe essere maggiormente integrato dall'analisi delle aree di conoscenza sulla salute che abbiamo definito nella tabella del test, permettendo di aver avere un dato aggiuntivo di notevole rilevanza, per gli interventi di prevenzione ed educazione alla salute.

La somministrazione del test ai soggetti in età che accedono alla visita di idoneità sportiva, in una medesima area di riferimento, effettuata a cadenza periodica potrebbe fornire comunque dei dati per calibrare continuamente il valore soglia dello score, purché sia garantito un minimo controllo di efficacia sull'attività di informazione a questi soggetti, condotta all'interno dei programmi di allenamento.

In Italia, in un ambito di programmazione socio-sanitaria pubblica, se ne può prospettare l'operatività primaria nel-

l'ambito degli interventi attribuiti "ope legis" al Dipartimento di Prevenzione, con la recente normativa sulla "Lotta al doping" (L. n. 376/2000).

In diverse altre realtà organizzative, la materia trattata potrebbe ricondursi all'operatività del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, anche in relazione alla rete tecnica ed alle risorse disponibili (Ser.T., CIC: Centri Informazione e Consulenza, ad es.), nonché ai Servizi di Educazione alla Salute.

La popolazione giovanile, come sappiamo, è interessata da problematiche comuni alle aree di intervento dei servizi citati, quali ad esempio: la corretta alimentazione, la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, la prevenzione dell'uso di droghe, alcolici e fumo di tabacco, per esempio.

Praticare attività motoria (e quindi uno sport "sano") costituisce un valido mezzo, rispetto alla promozione di uno stile di vita sano ed in linea con le indicazioni degli ultimi Piani Sanitari e di cui gli stessi atleti devono avere preventivamente delle informazioni corrette, per non incorrere in rischi specifici.

È da sottolineare, infine, che esiste una letteratura scientifica che giustifica razionalmente tali scelte di integrazione tecnico-scientifica [8], con osservazioni mediche, psicologiche e sociali [9], assolutamente incontrovertibili.

## Conclusioni

È auspicabile, sia nell'interesse dei destinatari finali (i giovani, le loro famiglie, gli sportivi professionisti, ecc.) sia degli operatori coinvolti (sanitari, psicologi, educatori, docenti), sia delle Agenzie istituzionali di riferimento (Sistema Sanitario Pubblico, Scuola) indirizzare ulteriori ricerche verso lo sviluppo di mezzi e sinergie, che, attraverso quanto finora storicamente sviluppato dai Servizi interessati dalla materia trattata in questo articolo, permettano di ottenere la migliore efficacia dagli interventi di prevenzione sul doping sportivo. Lo sviluppo di nuovi ed adeguati strumenti, come la proposizione del PD-test, si pone in questa prospettiva ideale.

### Si presentano, qui di seguito le tabelle inerenti il PD-test.

*L'utilizzo è libero da qualsiasi diritto di copyright, ma è apprezzabile la citazione degli autori.*

*Un vivo ringraziamento al personale sanitario degli Ambulatori di Medicina dello Sport della ASL n. 11 di Fermo che hanno partecipato alla esecuzione del progetto citato nel testo.*

*Indirizzo per le comunicazioni: tel. 030962470  
e-mail: manprot@aliceposta.it.*

## Bibliografia

- [1] Lambert M.I. et al., "Prevalence of androgenic-anabolic steroid use in adolescent in two regions of South Africa", *S. Afr. Med. J.*, 1998 Jul; 88(7): 876-880.
- [2] Melia P. et al., "The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students", *Clin. J. Sport Med.*, 1996 Jan; 6(1): 9-14.
- [3] [www.steroidabuse.org](http://www.steroidabuse.org).
- [4] Jaap van Deer Stel et al., *Manuale di prevenzione Alcool droghe e Tabacco*, FrancoAngeli, 1ª ed. anno 2001.
- [5] WHO/OMS 1998, *50th Anniversary Active Living Iniziative, Active living initiatives strategies and objectives-HPR*.
- [6] Protano M., "Un questionario sulle conoscenze sul 'doping sportivo' degli studenti: una proposta (il PD-test)". Atti del Convegno: "L'attività sportiva nel terzo millennio"; Un. G. D'Annunzio, Chieti, giugno 2001.
- [7] Luongo L., Protano M., "Studio sperimentale sull'applicazione del PD-test", *ITACA*, n. 16-2002, anno 6, Cedis Editrice, pp. 78-81.
- [8] "Medicina delle Tossicodipendenze", settembre 2000, anno VIII, n. 28: "Sport - anabolizzanti e droga".







# Analisi qualitativa e semi-quantitativa di Amfetamine/Metamfetamine in campioni urinari

## Affidabilità del test immunoenzimatico *Emit II Plus* nella valutazione diagnostica relativa al consumo di sostanze entactogene

Immacolata Amoroso\*, Luigi Vrenna\*, Rita Fiore\*, Daniela Giardiello\*, Maria Concetta Visconti\*\*, Riccardo Gionfriddo\*\*, Valeria Castrogiovanni\*\*\*

Il crescente consumo tra i giovani di sostanze entactogene di nuova sintesi impegna da alcuni anni epidemiologi, clinici, tossicologi, nel tentativo di determinare l'incidenza del fenomeno nella popolazione, individuando strategie di operazione e controllo terapeutico e specifiche metodiche analitiche di screening. Considerata l'importanza dell'utilizzo di un test diagnostico attendibile per l'identificazione rapida delle nuove droghe di sintesi, in relazione alle loro caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche, è stato condotto, presso il Polo Tossicologico di Riferimento Territoriale per le Farmacodipendenze e le Patologie correlate del PSI "Loreto Crispi" ASL Napoli 1, uno studio sul dosaggio immunoenzimatico delle Amfetamine/Metamfetamine in campioni urinari confrontando qualitativamente il Nuovo test EMIT II Plus (Enzime multiplied Immunoassay Technique) con il test EMIT II Plus di precedente generazione.

L'analisi è stata eseguita su un campione urinario di 3.000 soggetti; tali campioni, provenienti dalle varie UU.OO e Ser.T., sono stati poi validati in cromatografia su sistema REMEDI HS (Bio-Rad).

Entrambi i tests hanno evidenziato una non-specificità per la sostanza MDMA (Ecstasy), mentre farmaci quali Clorpromazina, Promazina e Prometazina, presenti in alcuni campioni, non hanno mostrato alcuna interferenza solo nella determinazione eseguita con il Nuovo test EMIT II Plus dimostrando dunque maggiore specificità ed affidabilità, caratteristiche principali di una metodica analitica di qualità.

### Introduzione

Chimicamente l'amfetamina è una  $\beta$ -fenilisopropilammina e le sue forme più attive sul sistema nervoso centrale (SNC) sono la d-amfetamina e la metamfetamina.

La sua struttura molecolare permette di ottenere derivati farmacologicamente differenti mediante sostituzioni su anello aromatico, catena laterale e gruppo aminico terminale.

In particolare le sostituzioni sull'anello aromatico condizionano lo spostamento dell'azione farmacologica dal sistema dopaminergico a quello serotoninergico, mentre la sostituzione sul gruppo aminico terminale indebolisce ulteriormente le attività allucinogene, caso della metilendiossiamfetamina (MDA) che, essendo un'amina primaria, conserva in misura ancora significativa questa proprietà quasi assente invece nell'MDMA.

A tal proposito è evidente l'emergenza relativa alla diffusione di sostanze sintetiche (*designer drugs*), nuove molecole amfetamino-derivati che, continuamente proposte sul mercato sia per attrarre i consumatori che per eludere i controlli giudiziari, ren-

dono il problema in termini di effetti, di controllo e di rilevazione ancora più complesso.

Le amfetamine ed i loro metaboliti vengono eliminate prevalentemente attraverso le urine: la quantità escreta in forma invariata nelle prime 24 ore dall'assunzione aumenta sino al 74% nelle urine acide e diminuisce sino all'1-4% in ambiente alcalino.

Dopo assunzione di dosi elevate l'amfetamina è presente nelle urine per diversi giorni.

In questo contesto la diagnostica tossicologica assume un ruolo di fondamentale importanza. Per una maggiore affidabilità del dato, occorrono tecniche, test, procedure e strumenti sempre più efficienti, sensibili e specifici.

Tra i 3000 soggetti, afferenti trimestralmente presso il nostro Polo Tossicologico dalle varie UU.OO. e Ser.T., soltanto 50 sono stati selezionati per eseguire un confronto tra il Nuovo kit EMIT II Plus e quello di precedente generazione, per la determinazione delle amfetamine, al fine di valutare quale dei due fornisse dati analitici più attendibili.

### Materiali e metodi

Per valutare le caratteristiche analitiche dei tests impiegati, l'indagine sulle Amfetamine e Metamfetamine è stata eseguita impiegando il test EMIT II Plus, già in uso da diversi anni su strumentazione DIMENSION ARx con cut-off di 1000 ng/ml, ed il Nuovo test EMIT II Plus sia su strumentazione VIVA che su strumentazione DIMENSION ARx con cut-off di 300 e di 500 ng/ml. La calibrazione dei metodi immunoenzimatici è stata effettuata utilizzando i controlli/calibratori EMIT in base ai diversi livelli soglia riportati in tabella 1. Gli standards sono stati analizzati su sistema REMEDI HS.

Tab. 1 - Standards utilizzati per la calibrazione dei metodi immunoenzimatici

LIVELLO E ng/ml DEI CALIBRATORI	NUOVO EMIT II Plus VIVA		NUOVO EMIT II Plus DIMENSION Arx		EMIT II Plus DIMENSION
	Cut-off 300ng/ml	Cut-off 500ng/ml	Cut-off 300ng/ml	Cut-off 500ng/ml	Cut-off 1000ng/ml
0 (0 ng/ml)	+	+	+	+	+
1 (300 ng/ml)	+	+	+	+	+
2 (500 ng/ml)	+	+	+	+	+
3 (1000 ng/ml)	+	+	+	+	+
5 (2000 ng/ml)	-	+	-	+	+

### Condizioni di analisi test EMIT II Plus

I tests si basano sulla competizione tra la amfetamina eventualmente presente nel campione e quella marcata con l'enzima glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PDH), fornito dal kit, per i siti di legame degli anticorpi.

\* Polo Laboratoristico Tossicologico di Riferimento Territoriale per le Farmacodipendenze e le Patologie Correlate ASL Napoli 1 - Direttore Luigi Vrenna.

\*\* Ser.T. di Siracusa ASL 8 - Direttore Riccardo Gionfriddo.

\*\*\* Psicologo ed ergonomo.

La concentrazione della sostanza in esame è misurata in termini di attività enzimatica, l'enzima attivo riduce il NAD<sup>+</sup> a NADH con conseguente variazione dell'assorbanza ( $\lambda=340$  nm) misurata per via spettrofotometrica. Le condizioni di analisi semi-quantitativa per ciascun metodo sono riportate di seguito:

REAGENTI	NUOVO EMIT II Plus sistema VIVA (cut-off 300ng/ml)	NUOVO EMIT II Plus sistema VIVA (cut-off 500ng/ml)	NUOVO EMIT II Plus sistema DEMONSTRY Avv (cut-off 300-500ng/ml)	EMIT II Plus sistema DEMONSTRY Avv (cut-off 300ng/ml)
Standard e Complete	5 $\mu$ l	7 $\mu$ l	6 $\mu$ l	14 $\mu$ l
Reagente 1 (substrato-antibiotico, V4R-GFP)	200 $\mu$ l	200 $\mu$ l	245 $\mu$ l	245 $\mu$ l
Reagente 2 (enzima/standard interno con GFP-MV)	75 $\mu$ l	75 $\mu$ l	105 $\mu$ l	105 $\mu$ l

### Condizioni di analisi su REMEDI HS

Il REMEDI HS è un sistema-multicolonna (una di purificazione, una di estrazione, due di separazione ed un saturatore di fase mobile) impiegato come metodo di riferimento per la valutazione analitica dei tests considerati. Prima di effettuare l'analisi dei campioni, viene eseguito un Check Mix, fornito dal kit: 1 ml di Check Mix (o campione) e 200  $\mu$ l di standard interno combinato (miscela di due standard interni) vengono centrifugati per 5 min a 4500 rpm ed analizzati in un range di lunghezza d'onda tra i 205 e 235 nm. La corsa cromatografica avviene in 16 min.

### Statistica

L'analisi statistica è stata eseguita mediante il programma "PSPv6" per determinare i parametri quali sensibilità, specificità, accuratezza, predittività positiva e negativa. I parametri statistici, elencati precedentemente, sono stati calcolati secondo Galen e Gambino:

- Sensibilità Diagnostica  
(SD) = VP / (VP + FN);
- Specificità Diagnostica  
(S.P.D.) = VN / (VN + FP);
- Predittività Positiva  
(PP) = VP / (VP + FP);
- Predittività Negativa  
(PN) = VN / (VN + FN);
- Accuratezza  
(AC) = (VP + VN) / numero totale dei campioni.

### Risultati e discussione

#### Validazione dei tests EMIT II Plus

Nelle figure 1 e 2 sono rappresentate le curve di calibrazione ottenute su sistema VIVA con il Nuovo test EMIT II Plus rispettivamente a cut-off 300 e 500 ng/ml.

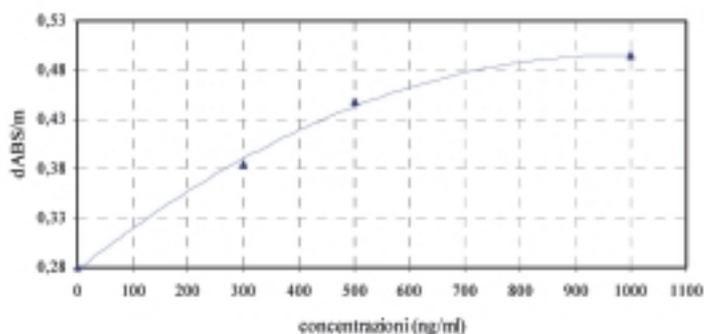


Fig. 1 - Curva di calibrazione Nuovo test EMIT II Plus metodo cut-off 300ng/ml (sistema VIVA)

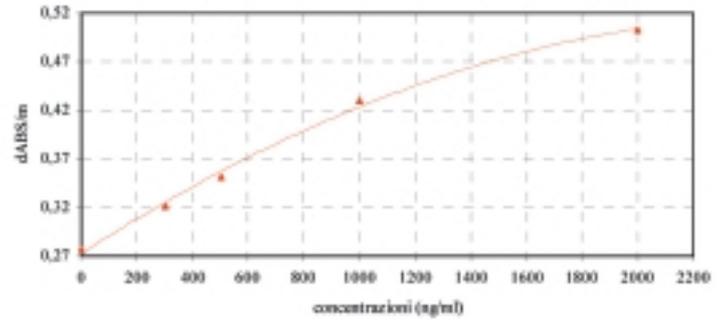


Fig. 2 - Curva di calibrazione Nuovo test EMIT II Plus metodo cut-off 500ng/ml (sistema VIVA)

Per la prova di stabilità delle curve sopra riportate, abbiamo eseguito misure giornaliere e periodiche di standard a concentrazioni note.

Per il metodo a cut-off di 300 ng/ml sono state utilizzate le seguenti concentrazioni: 0 (%CV 5,29), 300 (%CV 1,10), 500 (%CV 3,44) e 1000 (%CV 2,74) ng/ml, mentre per il metodo a cut-off di 500 ng/ml: 0 (%CV 8,45), 300 (%CV 4,98), 500 (%CV 4,83), 1000 (%CV 7,66) e 2000 (%CV 2,30) ng/ml. Per entrambi i metodi è stato riscontrato che le curve hanno una stabilità non superiore ai sette giorni (figure 3 e 4).

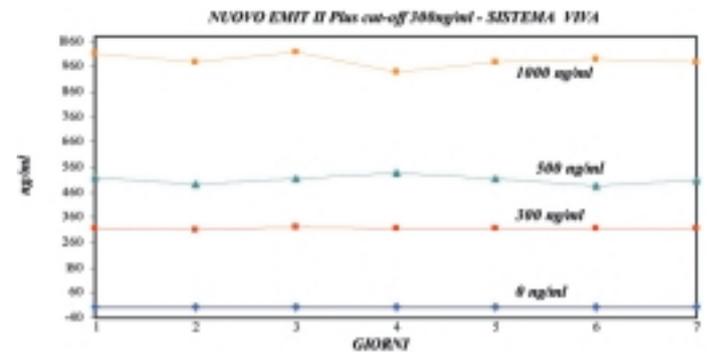


Fig. 3 - Stabilità della curva metodo cut-off 300ng/ml

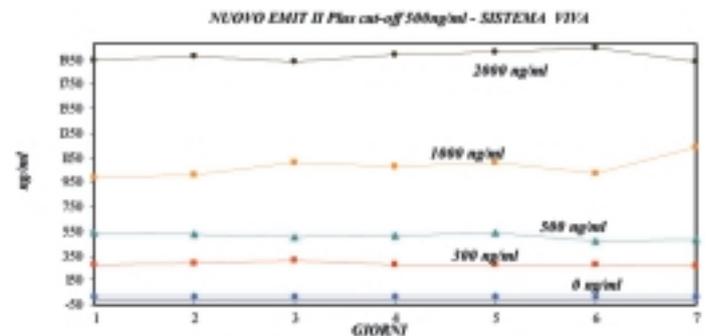


Fig. 4 - Stabilità della curva metodo cut-off 500ng/ml

Al fine di valutare le caratteristiche analitiche dei due tests EMIT per il dosaggio delle Amfetamine, sono state eseguite rispettivamente prove di imprecisione, linearità e recupero.

L'imprecisione intra-saggio (ripetibilità) è stata determinata ripetendo 20 misure di tutti i controlli forniti dal kit a diverse concentrazioni in un'unica seduta; l'imprecisione inter-saggio (riproducibilità) è stata determinata eseguendo misure in duplicato di tutti i controlli in venti sedute diverse. I risultati sono riassunti nella tabella 2. Le prove di imprecisione sia intra-serie che inter-serie hanno fornito per il NUOVO test EMIT II Plus valori del coefficiente di variazione (CV%) inferiori al 10% cioè migliori rispetto a quelli ottenuti per il test EMIT II Plus.

Le prove di linearità sono state eseguite su diverse diluizioni dei calibratori e riportando in grafico i valori sperimentali in funzione di quelli teorici si ottengono le rette di regressione riportate nelle figure 5, 6 e 7.

Tab. 2 - Prove di imprecisione ottenute mediante misure ripetute dei calibratori EMIT II Plus

IMPRECISIONE - Nuovo EMIT II PLUS - Sistema VIVA (cut-off 300ng/ml)							
LIVELLO CALIBRATORI	INTRA-SERIE			NUMERO PROVE	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
8 ng/ml	8	0	8	20	2,77	8,29	7,45
100 ng/ml	290	1,85	664	20	296,85	14,18	4,76
500 ng/ml	474	13,30	2,81	20	496,50	28,68	4,37
1000 ng/ml	983	29,80	3,08	20	971,80	40,29	4,66
IMPRECISIONE - Nuovo EMIT II PLUS - Sistema VIVA (cut-off 500ng/ml)							
LIVELLO CALIBRATORI	INTRA-SERIE			NUMERO PROVE	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
8 ng/ml	22	1,25	5,8	20	21,00	1,29	6,10
100 ng/ml	222	12,6	5,68	20	223,40	18,65	7,35
500 ng/ml	484	13,6	2,81	20	512,30	26,74	5,22
1000 ng/ml	1080	13,7	1,25	20	1117,78	68,68	6,14
2000 ng/ml	2011	17,4	0,90	20	1937,79	87,48	4,51
IMPRECISIONE - EMIT II PLUS - Sistema DIMENSION ARx (cut-off 1000ng/ml)							
LIVELLO CALIBRATORI	INTRA-SERIE			NUMERO PROVE	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
8 ng/ml	3,2	0,42	13,18	20	8,6	8,55	6,37
100 ng/ml	126	38,55	31,94	20	278	26,08	9,45
500 ng/ml	518	15,49	2,99	20	486	55,95	11,51
1000 ng/ml	1036	41,42	4,08	20	974	180,65	18,33
2000 ng/ml	2085	218,78	10,47	20	2258	236,81	10,53

I coefficienti di determinazione ( $R^2$ ) calcolati per ogni equazione, indicano una buona correlazione tra i valori di concentrazione sperimentali e quelli teorici per tutti e tre i metodi; il valore più basso è risultato pari allo 0,98 per il Nuovo EMIT II Plus con metodo a cut-off di 300 ng/ml.

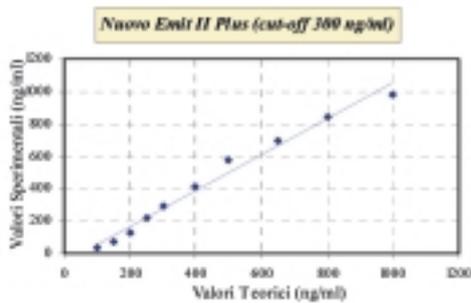


Fig. 5 - Prove di linearità (sistema VIVA); equazione retta:  $y = 1,103x - 53,627$   $R^2=0,983$

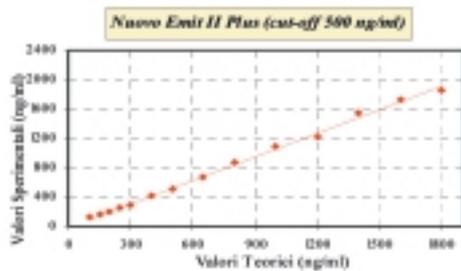


Fig. 6 - Prove di linearità (sistema VIVA); equazione retta:  $y = 1,0668x - 7,2499$   $R^2=0,997$

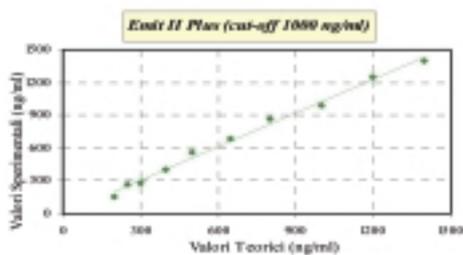


Fig. 7 - Prove di linearità (sistema DIMENSION ARx); equazione retta:  $y = 1,022x + 3,700$   $R^2=0,993$

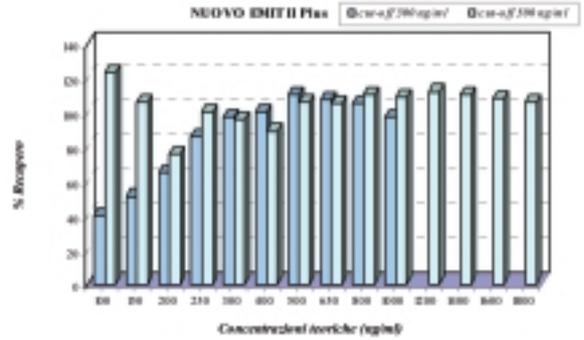


Fig. 8 - Prove di recupero analitico eseguite con il Nuovo test EMIT II Plus su sistema VIVA

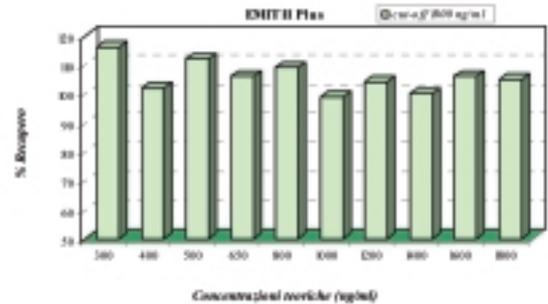


Fig. 9 - Prove di recupero analitico eseguite con il test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx

Per le prove di recupero sono stati preparati campioni arricchiti con concentrazioni note con intervallo da 100 a 1000 ng/ml per il Nuovo test EMIT II Plus su sistema VIVA (cut-off 300 ng/ml); da 100 a 1800 ng/ml per il Nuovo test EMIT II Plus su sistema VIVA (cut-off 500 ng/ml) e da 300 a 1800 ng/ml per il test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx (cut-off 1000 ng/ml).

Il recupero è stato calcolato come rapporto tra la media dei valori sperimentali, ottenuta per ciascun campione analizzato in triplo, ed il valore di concentrazione atteso.

I risultati sono riportati negli istogrammi nelle figure 8 e 9. Come si osserva dagli istogrammi riportati in figura per il test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx si ottiene un soddisfacente recupero, mentre per il Nuovo test EMIT II Plus su sistema VIVA con cut-off di 300 ng/ml, per concentrazioni inferiori al livello soglia le percentuali di recupero sono alquanto basse.

Se consideriamo, infatti, la sensibilità come minima dose rilevabile, essa risulta pari ai 250 ng/ml contro i 100 ng/ml ottenuti con Nuovo test EMIT II Plus a cut-off di 500 ng/ml.

Conseguenza di questo risultato è che il Nuovo test EMIT II Plus su sistema VIVA mostra una sensibilità più elevata per il metodo a cut-off di 500ng/ml, dato confermato da ripetute prove.

### Analisi dei campioni

Una prima analisi sui campioni è stata condotta con il Nuovo test EMIT II Plus (sistema VIVA) con metodo sia a cut-off di 300 che di 500 ng/ml; una seconda analisi degli stessi campioni, invece, è stata condotta con il test EMIT II Plus (sistema DIMENSION ARx) con unico metodo a cut-off di 1000 ng/ml.

Per la validazione dei risultati è stata eseguita la cromatografia su sistema REMEDI HS.

Alcuni esempi delle rette di regressione ottenute tra i diversi metodi immunoenzimatici sono mostrate nelle figure 10 e 11. Gli stessi dati sono stati trattati per costruire la curva di Bland-Altman e dimostrare, quindi, quanto i metodi utilizzati, entrambi soggetti ad errore, concordino.

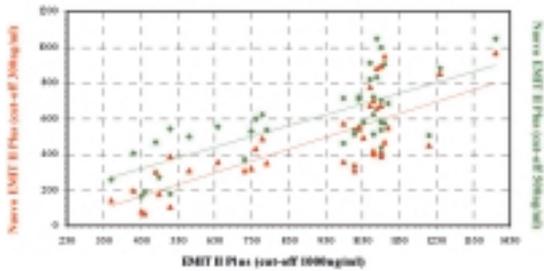


Fig. 10 - Esempio di rette di regressione tra i diversi test EMIT II Plus valutate su alcuni campioni, equazioni rette:  $y=0,661x - 132,83$   $R^2=0,59$  e  $y=0,604x + 44$   $R^2=0,54$

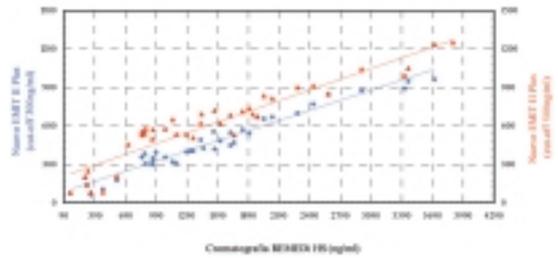


Fig. 12 - Esempio di rette di regressione tra il nuovo test EMIT II Plus e cromatografia valutate su alcuni campioni, equazioni rette:  $y=0,263x + 67,34$   $R^2=0,95$  e  $y=0,280x + 187,4$   $R^2=0,88$

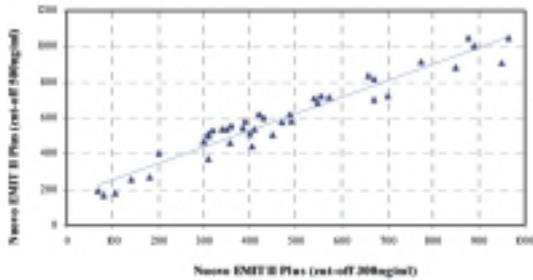


Fig. 11 - Esempio di retta di regressione tra i due metodi del NUOVO test EMIT II Plus valutata su alcuni campioni, equazione retta:  $y=0,92x + 163$   $R^2=0,93$

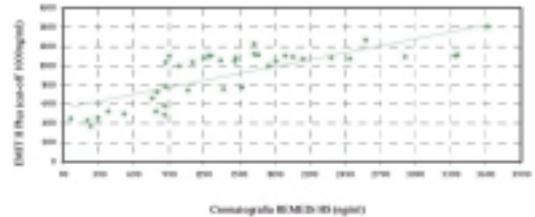
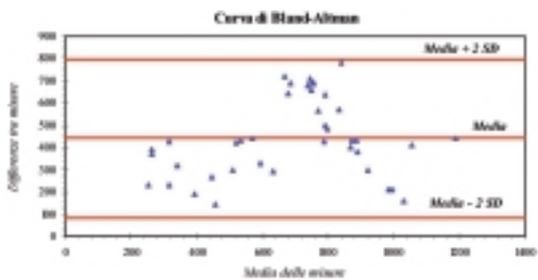
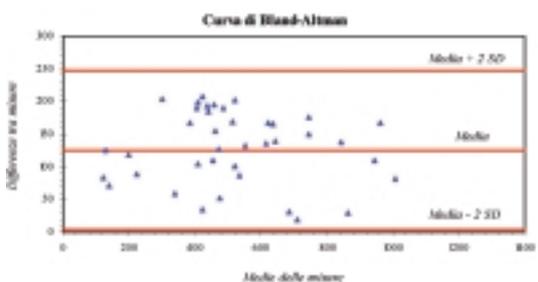


Fig. 13 - Esempio di retta di regressione tra il test EMIT II Plus e cromatografia valutata su alcuni campioni; equazione retta:  $y=0,2394x + 543,2$   $R^2=0,59$

Riportando le differenze tra i valori ottenuti con il *Nuovo test EMIT II Plus* e quello di precedente generazione, in funzione delle risposte medie, si ottiene il grafico seguente:



da cui si osserva una differenza sistematica fra i due tests utilizzati, dedotta dall'ampio intervallo ( $\approx 340$ ) di due deviazioni standard sopra e sotto la media delle differenze. Analogamente riportando le differenze tra i valori ottenuti con il *Nuovo test EMIT II Plus* cut-off 300 ng/ml e quello a cut-off 500ng/ml in funzione delle risposte medie si evidenzia un intervallo più stretto ( $\approx 130$ ) intorno alla media che conferma la migliore concordanza dei metodi. Il grafico è mostrato di seguito:



Le rette di regressione lineare tra i tests immunoenzimatici ed il metodo di riferimento sono riportate invece nelle figure 12 e 13. Anche in questo caso il *Nuovo test EMIT II Plus* rispetto al test EMIT II Plus di precedente generazione presenta una migliore correlazione.

#### Analisi Statistica

Dal confronto dei risultati con il metodo cromatografico di riferimento (*REMEDi HS*) sono stati riscontrati per il test EMIT II Plus, 26 veri positivi (VP), 10 falsi positivi (FP) e 13 falsi negativi (FN); mentre per il *Nuovo test EMIT II Plus*, per il cut-off di 300 ng/ml, sono stati riscontrati 34 veri positivi (VP), 1 falso positivo (FP) e 5 falsi negativi (FN), per il cut-off 500 ng/ml, invece, 33 veri positivi (VP), 1 falso positivo (FP) e 6 falsi negativi (FN). I dati sono riportati nella seguente tabella:

TEST	VP	VN	FP	FN
Nuovo EMIT II Plus (cut-off 300 ng/ml)	34	10	1	5
Nuovo EMIT II Plus (cut-off 500 ng/ml)	33	10	1	6
Nuovo EMIT II Plus (cut-off 1000 ng/ml)	26	1	10	13

Per il test EMIT II Plus, i falsi positivi sono stati determinati dalla presenza/interferenza dei farmaci Clorpromazina, Prometazina, Promazina e Fenfluramina identificati successivamente in alcuni campioni mediante sistema REMEDI HS (figura A-B). Viceversa per il *Nuovo test EMIT II Plus*, tra i farmaci sopra citati, solo l'anoressizzante Fenfluramina (figura C) ha determinato una falsa positività.

La presenza di MDMA (Ecstasy) (figura D) invece ha determinato dei valori falsi negativi, non essendo stata rilevata da entrambi i tests.

Infine, calcolando il rapporto tra la somma dei veri positivi e veri negativi ed il numero totale dei campioni esaminati, il *Nuovo test EMIT II Plus* presenta una maggior concordanza con il metodo di riferimento pari all'88% rispetto al 54% del test EMIT II Plus.



Fig. A - Cromatogramma di un campione contenente Clorpromazina e risultato positivo al test EMIT II Plus

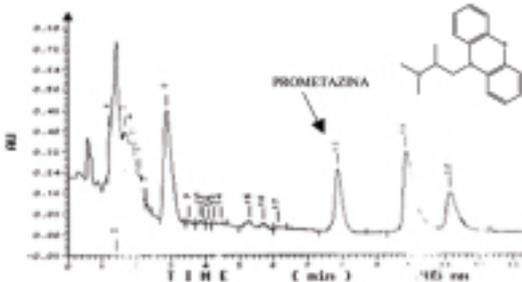


Fig. B - Cromatogramma di un campione contenente Prometazina e risultato positivo al test EMIT II Plus

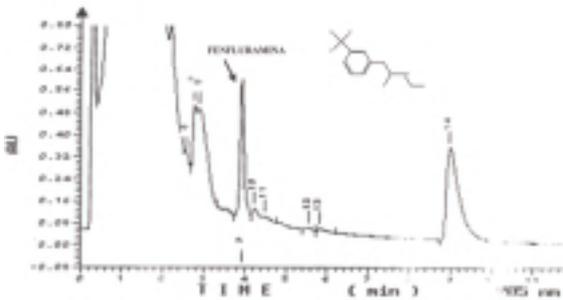


Fig. C - Cromatogramma di un campione contenente Fenfluramina e risultato positivo ad entrambi i test EMIT II Plus utilizzati

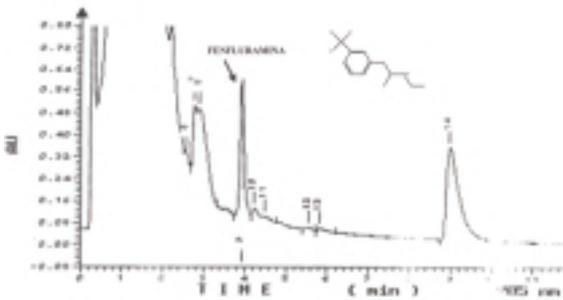


Fig. D - Cromatogramma di un campione contenente Ecstasy risultato positivo ad entrambi i tests EMIT II Plus utilizzati

Una maggiore conferma di quanto detto è fornita dai valori dei parametri statistici calcolati e riportati nella tabella seguente:

TEST	S.D. %	SP.D. %	P.P. %	P.N. %	AC. %
Nuovo EMIT II Plus (cut-off 300 ng/ml)	87	91	97	67	88
Nuovo EMIT II Plus (cut-off 500 ng/ml)	85	91	97	62	86
EMIT II Plus (cut-off 1000 ng/ml)	67	10	72	7	54

Il Nuovo test EMIT II Plus è da ritenersi, quindi, più affidabile e sicuramente migliore rispetto al test EMIT II Plus di precedente generazione.

#### Nuovo test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx

Il Nuovo test EMIT II Plus sia a cut-off di 300 che di 500 ng/ml è stato valutato anche su sistema DIMENSION ARx. Sono stati dunque ritestati i campioni ed eseguite prove di imprecisione (tabella 4), linearità (figura 14) e recupero (figura 15).

Tab. 4 - Prove di imprecisione eseguite con il Nuovo test EMIT su sistema DIMENSION ARx

LIVELLO CALIBRATORI	ENTRA-SERIE			NUMERO PROVE	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
200 ng/ml	211	13,4	5,4	20	197,00	21,10	10,60
300 ng/ml	296	8,7	2,8	20	291,00	18,30	6,60
500 ng/ml	520	13,3	2,5	20	518,00	22,60	4,40
1000 ng/ml	1228	136,8	11,1	20	1092,00	112,00	10,30

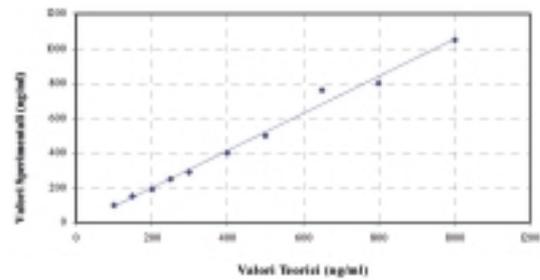


Fig. 14 - Prove di linearità su sistema DIMENSION ARx con Nuovo test EMIT II Plus, equazione retta:  $y=1,069x - 16,035$   $R^2=0,99$

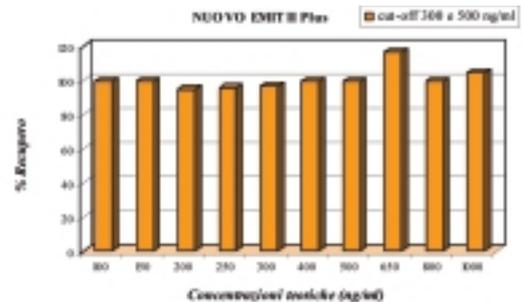


Fig. 15 - Prove di recupero analitico eseguite con il Nuovo test EMIT su sistema DIMENSION ARx

Confrontando i dati del Nuovo test EMIT II Plus impiegato sia su sistema VIVA (tabella 3) che su sistema DIMENSION ARx, si riscontrano una migliore linearità (figura 14) ed un recupero superiore (figura 15) per il Nuovo test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx, sistema sicuramente più stabile rispetto al sistema VIVA.

Per determinare, inoltre, l'accuratezza del dosaggio è stata eseguita la prova del parallelismo mediante diluizione di due diversi campioni e del calibratore fornito dal Nuovo kit EMIT II Plus con concentrazione pari a 1000 ng/ml.

Riportando le concentrazioni corrette per il fattore di diluizione in funzione del rapporto di diluizione si ottiene il grafico di figura 16. Si osserva che il calibratore del Nuovo kit a concentrazione 1000 ng/ml in urina umana mostra un andamento delle diluizioni sostanzialmente parallelo con quello del campione a concentrazione 800 ng/ml; l'andamento non risulta parallelo invece per il campione a concentrazione 500 ng/ml che parte, infatti, da una concentrazione bassa con conseguente perdita di accuratezza a diluizioni più alte.

Per quanto riguarda, invece, la stabilità della curva abbiamo eseguito misure giornaliere, per un totale di 30 giorni, di standard a concentrazioni note e pari a 200 (%CV 7,46), 300 (%CV 5,58), 500 (%CV 4,23) e 1000 ng/ml (%CV 3,54) (figura 17).

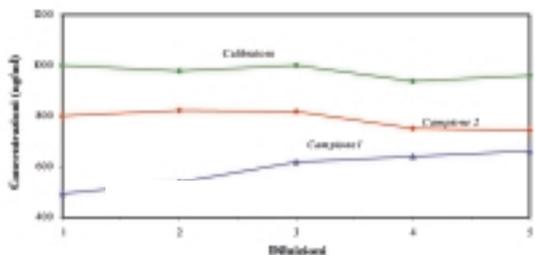


Fig. 16 - Prova di Parallelismo eseguita con il Nuovo test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx

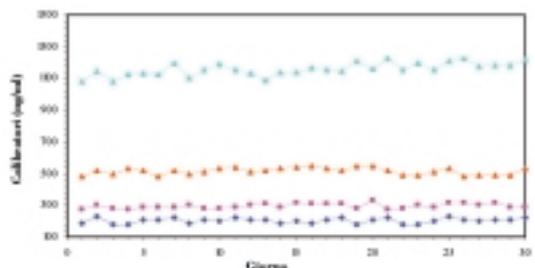


Fig. 17 - Stabilità della curva

I dati relativi ai campioni analizzati con il Nuovo test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx e validati in cromatografia (REMEDi HS), evidenziano: una buona correlazione ( $R^2=0,95$ ) mostrata in figura 18, una sensibilità pari al 97% ed una specificità al 91% (tabella 6) calcolate secondo Galen e Gambino ed infine una concordanza pari al 96%.

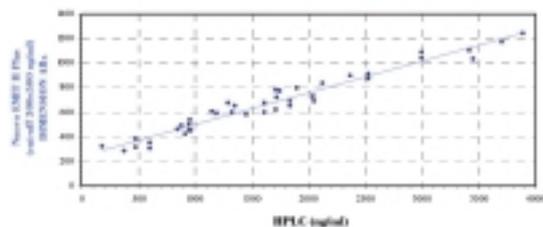


Fig. 18 - Retta di regressione tra nuovo EMIT II Plus e cromatografia, equazione retta:  $y=0,258x + 240,4$   $R^2=0,9549$

Tab. 6 - Parametri statistici per il Nuovo test EMIT II Plus su sistema DIMENSION ARx

TEST	VP	VN	FP	FN	S.D.%	S.P.B.%	P.P.%	P.N.%	AC.%
NUOVO EMIT II Plus DIMENSION ARx (cut-off 200-300 ng/ml)	33	10	1	1	37	91	97	91	96

## Conclusioni

La diffusione di nuove sostanze di sintesi, progettate e studiate a tavolino e note come *designer drugs*, pone in primo piano l'esigenza di individuare tests immunochimici sufficientemente sensibili e specifici, affinché la diagnostica tossicologica per lo screening possa conseguire risultati attendibili. L'utilizzo di metodi di *screening* più specifici e mirati consentirebbe, infatti, di superare le difficoltà connesse all'interferenza di sostanze, la cui presenza richiede necessariamente l'uso di metodiche di secondo livello ai fini della conferma di ogni dato positivo.

Appare, quindi, piuttosto ovvio che la disponibilità di metodi di screening più specifici realizzerebbe un significativo risparmio di tempi e costi di esecuzione.

Considerato, poi, che i consumatori di tali sostanze difficilmente si rivolgono alle strutture istituzionalmente preposte ai trattamenti di disintossicazione, il rapido riconoscimento delle sostanze d'abuso consentirebbe anche: l'accertamento dell'abuso, la valutazione dell'incidenza dell'abuso stesso sulla popolazione in trattamento e, non ultimo, la verifica della *compliance* del soggetto trattato.

Il nostro studio sulla determinazione delle amfetamine/metamfetamine pone a confronto i due tests EMIT II Plus, nuova e precedente generazione e contemporaneamente i diversi analizzatori sui quali è stata condotta l'indagine. I primi risultati, dal punto di vista analitico, evidenziano una più bassa cross-reattività per il Nuovo test EMIT II Plus verso le sostanze amfetamino-simili.

Sebbene, infatti, la interferenza dell'anoreizzante Fenfluramina è ancora elevata per entrambi i tests, quella di alcuni farmaci (Clorpromazina, Prometazina e Promazina) per il Nuovo test EMIT II Plus è risultata assente.

Sensibilità e specificità di quest'ultimo, quindi, evidenziano un notevole incremento delle *performances* analitiche, dunque, un'efficienza tale da consentirne l'impiego routinario per la determinazione delle amfetamine/metamfetamine, mentre la rilevazione dell'*Ecstasy* resta ancora una problematica da risolvere. Sia pur consapevoli delle limitazioni che il Nuovo test ha evidenziato, queste appaiono certamente più contenute rispetto al test di precedente generazione, perciò, possiamo concludere che i risultati ottenuti con il Nuovo test EMIT II Plus sono pienamente soddisfacenti.

Ulteriori e fondamentali dati riguardano i diversi analizzatori VIVA e DIMENSION ARx.

Dal confronto emerge che il DIMENSION ARx ha caratteristiche che più soddisfano le esigenze del nostro laboratorio.

## Bibliografia

- Product Insert, AxSYM Amphetamine Methamphetamine II, 1997, Diagnostic Division, Abbott Park, IL, Usa.
- Olsen K.M., Gulliksen M., Christophersen A.S., "Metabolites of chlorpromazine and brompheniramine may cause false-positive urine amphetamine results with monoclonal EMIT d.a.u. immunoassay", *Clin Chem.*, 1992;6:11-2.
- Christophersen A.S., "Amphetamine designer drugs-an overview and epidemiology", *Toxicol Lett* 2000; 112-3:127-31.
- Product Insert, Cedia Amphetamine/Ecstasy, 2001, Microgenics Corp., Fremont, CA, Usa.
- Product Insert, Amphetamine Enzyme immunoassay, 1996 Diagnostic Reagents INC, Sunnyvale, CA, Usa.
- Bagozzi F., *Generazione in ecstasy*, Gruppo Abele, Torino, 1996.
- Balelli F., *Le nuove droghe*, Castelvecchi, Roma, 1994.
- Kraemer T., Maurer H.H., "Determination of Amphetamine and amphetamine-derived designer drug or medicaments in blood and urine", *J. Chrom B*, 1998; 713:163-87.
- Commission of the European Communities: Communications from the commission to the Council and the European Parliament on a European Union action plan to combat drugs, (1995-1999), Bruxelles, 3 marzo 1994.
- DEA, "Rapporto sul traffico e abuso di amfetamine e di MDMA in Europa", *Narcomafie*, febbraio 1996.
- Gatti R.C., *Ecstasy e nuove droghe*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- "Comparison of three commercial amphetamine immunoassays for detection of methamphetamine, MDA, MDMA and MDEA", *J Anal Toxicol.*, 1988, Jul-Aug; 12(4):229-33.
- Gessa G., "Ecstasy: meccanismo d'azione e neurotossicità", *Medicina delle tossicodipendenze*, XVIII, 1994; 1, pp. 44 ss.
- Green A.R., Cross A.J., Goodwin G.M., "Review of the pharmacology and clinical pharmacology of 3,4 methylenedioxymethamphetamine", *Psychopharmacology*, 1995.
- Henry J.A., "Ecstasy and dance of death", *British Medical Journal*, 1992.
- Saunders N., *E come Ecstasy*. Collana Interzone, Feltrinelli, Milano, 1996.
- Schifano F., "Aspetti clinici peculiari dell'abuso di MDMA", *Bollettino delle farmacodipendenze*, XVIII, 1994.
- Maurer H.H., Bickeboeller-Friedrich J., Kraemer T., Peters F.T., "Toxicokinetics and analytical toxicology of amphetamine-derived designer drug (Ecstasy)", *Toxicol lett*, 2000; 112-3:133-42.
- Schifano F., Di Furia L., Miconi L., Bricolo R.: "MDMA (Ecstasy) ed altri amfetamino-simili: aspetti epidemiologici e clinici". Atti del II Convegno Nazionali di Medicina delle dipendenze, Verona, giugno 1996.
- Galen R.S., Gambino S.R., "Sensitivity, specificity, prevalence and incidence", in Galen R.S., Gambino S.R. (eds.), *Beyond normalità: the predictive value and efficiency of medical diagnoses*, Wiley Biomedical Publications, 1977, New York.

## Nuove droghe e Servizi per le dipendenze patologiche: alcuni possibili ambiti d'intervento

Donato Donnoli\*

Con il termine di "nuove droghe" ci si riferisce, in modo generico, ad una serie di sostanze assunte per lo più dalla popolazione giovanile in un contesto prevalentemente ludico anche se l'osservazione del fenomeno, in continua evoluzione, ha permesso di individuare, sempre più, altri luoghi e contesti: si pensi, ad esempio, al recente e sempre più frequentato fenomeno della "dance music tourism", turismo internazionale legato ai luoghi di divertimento e trasgressione.

Va poi rilevato che, come diverse volte accade nel campo delle sostanze psicoattive, non siamo di fronte a vere e proprie nuove droghe, ma spesso a "nuovi consumi" di composti già conosciuti: sotto questo aspetto è da notare, ad esempio, la tendenza, sempre più rilevata, della crescita dei consumi di cocaina.

Il consumo di droghe tende sempre ad adeguarsi a nuovi contesti sociali e a nuove tendenze comportamentali che impongono, conseguentemente, l'esigenza di dotarsi di nuovi sistemi di "lettura" della realtà.

I dati osservazionali attuali disegnano un consumatore di nuove droghe dentro un quadro, il più delle volte, di "normalità" ed integrazione sociale, con una motivazione al consumo che è, sostanzialmente, di tipo ricreazionale, sostenuta, spesso, da una poliassunzione di altre sostanze quali alcool, cannabis, cocaina, ecc. con un consumo eccedentario, concentrato nei fine settimana ("week-end drug").

A queste specificità, legate alle modalità di assunzione, si assommano le diversità dei linguaggi e dei modelli espressivi tra mondo adulto e giovanile che portano, tra l'altro, ad una "distanza" tra i Servizi (pubblici e privati) interessati alle tematiche relative all'uso di sostanze ed i giovani: l'assuntore di nuove droghe, ma anche l'assuntore saltuario di droghe già conosciute ed usate, non vede i Servizi come luoghi "naturali" di riferimento.

Quest'ultima considerazione impone, in relazione ai nuovi consumi di sostanze, esigenze di rimodellamento e di nuove modalità di approccio dei Servizi.

L'impatto con le problematiche legate alle "nuove droghe" ed ai nuovi stili di consumo ha sortito anche l'effetto di avviare (o riavviare) istanze di cambiamento nei confronti di una cultura tutta "centrata", nella gran parte dei Servizi, sull'eroina.

I Servizi che operano nel campo non sono soltanto i Ser.T.: vanno indicati, a pieno e paritario titolo, i Servizi Privati accreditati e vanno inoltre ricordati Servizi meno conosciuti, ma di notevole spessore operativo, quali i NOT (Nuclei operativi per le Tossicodipendenze), operanti nelle

Prefetture, i CIC (Centri di Informazione e Consulenza), operanti negli Istituti Superiori e gli Enti Locali, operanti attraverso gli Uffici Comunali di assistenza.

Tutti questi Servizi citati, hanno compiti e ruoli diversi all'interno dello stesso campo di interesse e pertanto, per una azione efficace di contrasto dei fenomeni legati alla droga nella loro interezza, è necessario disporre di questa pluralità di Servizi, affinché, attraverso necessarie strategie di coinvolgimento e collaborazione, si possa confluire nella costituzione di una "Rete dei Servizi".

È importante, inoltre, un approccio culturale diverso ed una attenzione costante e non provvisoria al fenomeno dei nuovi consumi di sostanze anche attraverso interventi e collegamenti con luoghi di incontro "non istituzionali" (discoteche, palestre, associazioni culturali e sportive, centri di aggregazione sociale, aggregazioni giovanili spontanee, ecc.).

Va rimarcato che, nel campo delle "nuove droghe", i Servizi, nel loro insieme, devono porre attenzione agli "... interventi finalizzati alla riduzione dei rischi, gli unici veramente possibili ed incisivi verso chi non ritiene di essere in uno stato di bisogno o di avere problemi a causa dell'assunzione di sostanze..." (dalla "Relazione al Parlamento 1999").

La "Rete dei Servizi" può individuare, per quanto riguarda il campo di interesse delle "nuove droghe", degli ambiti di intervento, caratterizzati da obiettivi e dalle relative azioni.

Possiamo provare, a questo punto, a delineare dei possibili ambiti di intervento attraverso l'indicazione di alcuni obiettivi raggiungibili e le possibili azioni per conseguirli:

**Obiettivo 1:** produzione e promozione delle conoscenze da rendere disponibili per il territorio.

**Azioni:**

1. revisione sistematica della letteratura;
2. collegamento con Strutture quali ISS - Roma;
3. analisi dei dati forniti dal sistema informativo;
4. creazione di supporti informativi;
5. attività di informazione diretta (frontale) in gruppi formali ed informali (spontanei);
6. collegamenti con gli Osservatori Regionali per le tossicodipendenze.

**Obiettivo 2:** monitoraggio della diffusione del fenomeno e delle sue tendenze.

**Azioni:**

1. studi su campioni di popolazione giovanile sul livello di presenza e conoscenza delle sostanze;
2. studi sulla prevalenza dei consumi;
3. studi sulla prevalenza di consumo e/o policonsumo di sostanze psicotrope;

\* Medico farmacologo, Direttivo Nazionale FeDerSerD, Componente GTIDS (Gruppo Tecnico Interregionale Droghe Sintetiche) - Ist. Sup. Sanità Roma.

4. creazione di connessioni e punti di collegamento tra l'area della prevenzione e quella del trattamento. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di somministrare agli questionari nei luoghi stessi di trattamento delle intossicazioni (come possono essere i servizi di P.S. ospedalieri o le unità mobili in occasione di grandi manifestazioni pubbliche) coniugando, così, il trattamento con il monitoraggio e lo studio del fenomeno;
5. censimento degli interventi condotti a livello locale;
6. "mappatura" del territorio per la individuazione di luoghi, gruppi e contesti che rendono possibile l'aggancio al consumo di sostanze psicotrope (discoteche, sale giochi, pubs, palestre, tifoserie, gruppi informali, luoghi pubblici di ritrovo, ecc.). La "mappatura" deve servire anche ad una individuazione delle risorse possibili attraverso la indicazione di luoghi e di attività (associazioni, istituzioni, gruppi di interesse) che possano portare ad un potenziamento dell'attività di rete.

**Obiettivo 3:** promuovere il lavoro "di strada" (contrasto dei comportamenti a rischio, rinforzo dell'autotutela della salute attraverso una attività di informazione e di contatto).

**Azioni:**

1. creazione di "Spazi Informativi" mobili che, spostandosi nei vari luoghi (discoteche, piazze, centri di aggregazione giovanile, ecc.) costituiscano un punto informativo con la distribuzione di materiale informativo-preventivo vario (sulle sostanze, sul sesso sicuro, sull'alcolismo, sul tabagismo, ecc.) e che, in un clima di informale, ma corretto, colloquio possa favorire contatti con gli assuntori per indicazioni volte a promuovere l'autotutela della salute. All'occorrenza lo "Spazio Informativo" può svolgere attività di collaborazione al monitoraggio dei consumi attraverso l'utilizzo del modello (scheda) di raccolta-dati già accennato all'obiettivo 2;
2. coinvolgimento, nelle attività informative e preventive degli "animatori da strada", operatori, opportunamente formati, la cui attività è prevista all'interno di alcuni "piani territoriali di intervento" (L. 45/99).

**Obiettivo 4:** favorire l'emersione della domanda di intervento diversificando e mediando l'accesso ai Ser.T. e ad altri Servizi territoriali.

**Azioni:** utilizzo dei "Centri di Counseling".

Gli operatori che agiscono in tale struttura devono: saper ascoltare ed individuare situazioni di disagio, saper informare correttamente sulle vecchie e nuove droghe, saper valutare l'eventuale invio presso i Servizi.

L'opera di mediazione per favorire l'emersione della domanda di intervento può essere rafforzata anche dall'eventuale presenza nel territorio di centri di ascolto per adolescenti gestiti dagli Enti Locali o da associazioni riconosciute legalmente; può avvenire attraverso gli "Spazi Informativi" od anche attraverso il coinvolgimento dei NOT delle Prefetture e dei CIC delle Scuole Superiori.

**Obiettivo 5:** promuovere la formazione "interna" (operatori dei Servizi) e la formazione "esterna".

**Azioni per la formazione "interna":**

1. organizzazione di giornate di formazione;
2. consulenza e supervisione agli operatori;
3. costituzione di una rete di referenti dei singoli Servizi (per il coordinamento delle attività formative ed una analisi dei bisogni).

**Azioni per la formazione "esterna":**

1. azioni di formazione nelle Scuole:
  - a) rivolta ai docenti ed ai genitori (formazione formatori);
  - b) rivolta agli studenti, all'interno di una progettualità più vasta di "promozione della salute";
2. azioni di formazione indirizzate agli operatori dei locali pubblici ricreazionali. Il fine, oltre a quello di preparare operatori in grado di avere conoscenze fondamentali, è anche quello di ottenere un primo avamposto osservativo del fenomeno;
3. azioni di formazione da includere all'interno delle lezioni teoriche nei corsi di scuola guida e nei corsi aziendali relativi al D.lgs. 626/94;
4. azioni di formazione concordate con Associazioni e/o Centri di aggregazione sociale.

**Obiettivo 6:** promuovere il lavoro di organizzazione, di ricerca e di clinica nei Servizi.

**Azioni:**

1. creazione di luoghi idonei nei Servizi per la consultazione dei soggetti indirizzati al Servizio o provenienti spontaneamente;
2. costituzione, all'interno dei Servizi, di una équipe di riferimento;
3. attivazione, all'interno dei Servizi, di strumenti diagnostici idonei e/o costruzione di collaborazioni sistematiche con i Laboratori Analisi per la valutazione delle sostanze o la verifica della presenza di sostanze nei liquidi biologici;
4. attivazione di opportuni strumenti diagnostici per un inquadramento psicologico e medico;
5. messa a punto di protocolli di trattamento farmacologici (in previsione, anche, di eventuale consulenza con i P.S. ospedalieri);
6. messa a punto di protocolli di collaborazione con gli spazi psichiatrici per le attività di diagnosi differenziale o di definizione del ruolo della sostanza nella eziopatogenesi di patologie psichiatriche;
7. assicurare la erogazione di trattamenti differenziati.

**Obiettivo 7:** costruzione di reti e metodologie efficaci che consentano un corretto approccio al "problema cocaina".

**Azioni:**

1. azioni di formazione indirizzate agli operatori dei servizi per una ridefinizione del trattamento della dipendenza da cocaina;
2. sviluppo di ricerche mirate a valutare nuovi strumenti diagnostici e terapeutici per il trattamento della dipendenza da cocaina;
3. sviluppo delle attività di rilevazione dei dati sul consumo di cocaina, sulle sostanze associate e sui trends emergenti attraverso un sistema di confluenza dei dati provenienti dai servizi pubblici e privati e dalle associazioni;
4. promozione delle attività di prevenzione dell'uso di cocaina e dei comportamenti a rischio ad esso correlati, nella scuola, negli ambiti informali di aggregazione giovanile, nei luoghi di lavoro. Per quest'ultimo aspetto, va ricordato che l'uso di cocaina è in notevole aumento, a livello nazionale, nei luoghi di lavoro.



## Droga e sesso: esperienze ad alto costo e ad alto rischio

Gianlorenzo Beretta\*, Annalisa Pistuddi\*\*, Sergio Carasi\*\*\* e Augusto Ermentini\*\*\*\*

Durante gli anni 2002, 2003 fino agli inizi del 2004 si è realizzato a Brescia e provincia un progetto regionale in collaborazione con l'ASL (coordinatore Sergio Carasi, Direttore Scientifico Mariagrazia Fasoli) per la prevenzione sul campo dell'infezione da HIV e delle altre malattie a trasmissione sessuale e all'uso di sostanze stupefacenti.

Tale progetto era variamente articolato in forme di prevenzione primaria e secondaria sul territorio.

Si avvaleva di supporti informatici via internet o cartacei, ambulatori dell'ASL specifici per l'utenza con attività sessuale a rischio di contagio.

L'attività peculiare di tale iniziativa era il servizio notturno per le vie della prostituzione e negli ambienti della tossicodipendenza tramite l'impiego dell'ambulanza della Croce Rossa Italiana mirato a svolgere attività di prevenzione sanitaria nei confronti di prostitute, di immigrati clandestini, di tossicodipendenti, di transessuali e travestiti che si prostituiscono, di clienti di prostitute, di frequentatori di locali sessuali, di giovani che sono in giro la notte e associano al divertimento l'uso di sostanze stupefacenti di vario tipo, di omosessuali che cercano avventure: del popolo della notte in generale.

Sull'ambulanza vi era un medico psichiatra, Gianlorenzo Beretta, la persona di riferimento del gruppo, un'infermiera, due mediatori culturali, una crocerossina e un'autista, tutto personale preventivamente formato per svolgere tale servizio.

L'obiettivo era di instaurare un rapporto di fiducia per essere presi in considerazione ed ottenere che le persone da noi contattate sulla strada non usassero le droghe o che ne riducessero l'uso e per lo meno usassero le precauzioni per non contrarre infezioni per via parenterale, che attuassero una sessualità protetta (uso del profilattico sempre in ogni tipo di rapporto) e che si recassero con frequenza presso i Ser.T. e presso il centro MTS dell'ASL per i test HIV gratuiti e screening delle altre malattie veneree, successive a visite mediche del caso e counselling relativo alla tossicodipendenza.

Per instaurare tale rapporto di fiducia si dava molto spazio al dialogo e alle interviste attuate tramite l'aiuto del medico psichiatra e dei mediatori culturali.

Tali interviste hanno permesso poi di capire quali motivazioni psicologiche sono alla base di comportamenti sessuali a rischio di contagio e di comportamenti tossicomani tipici del popolo della notte di giovani e meno giovani.

\* *Psichiatra, psicoterapeuta, Università e Dipartimento Dipendenze ASL di Brescia.*

\*\* *Psicologa, Psicoterapeuta, Consulente Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 e Clinica Urologica Ospedale San Giuseppe di Milano.*

\*\*\* *Direttore Dipartimento Prevenzione dell'ASL di Brescia.*

\*\*\*\* *Già Professore Ordinario e Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università di Brescia.*

Si può capire come vi sia in questi ambienti tanta aggressività sia fisica che psicologica rivolta contro se stessi o conto altri.

Si è riscontrato che la maggior parte di queste persone con il partner abituale non usa il profilattico.

Nei rapporti matrimoniali la moglie ignora che il marito ha rapporti anche con prostitute (e che quindi rischia di essere contagiata anche lei).

Alcuni uomini, sotto l'effetto di sostanze illecite d'abuso, non usano il preservativo durante i rapporti con prostitute. Un rapporto non protetto è a volte più costoso in termini di denaro ed è anche vissuto come più rischioso.

Il rischio, in questi casi prevede una posta in gioco molto alta e pericolosa, e sembra sia anche questo a rendere interessante, per alcuni soggetti, la dinamica dell'incontro. Ci sono molti uomini che, dopo aver fumato cannabinoidi e/o assunto cocaina, frequentano abitualmente le prostitute e sono alla ricerca più di "contatto" che di "sesso vero e proprio", e qui si gioca l'equivoco in quanto la prostituta vende loro solamente "sesso" e non "affetto"; questi uomini cercano allora di offrire una quantità di denaro maggiore per convincere la prostituta a fare del sesso senza profilattico, in quanto è ben radicato nella nostra cultura che il sesso mercenario si fa col profilattico mentre quello sentimentale si fa senza l'uso del profilattico.

Molti uomini cercano di farlo anche con la prostituta senza profilattico e si illudono, se pur per un fugace, ma piacevolissimo momento, di fare l'amore in modo sentimentale con un forte coinvolgimento emotivo e soddisfazione appagata. La cocaina ed i cannabinoidi pare servano loro da coadiuvante sessuale per sentirsi più rilassati, con fantasie erotiche che come dicono loro "scorrono molto veloci". Alcuni usano il profilattico che propongono le prostitute, di qualità scadente (le prostitute li comprano al mercato nero a poco prezzo) e che può facilmente rompersi durante il rapporto.

Alcuni non usano il profilattico per una presunta allergia verso il lattice o perché ritengono che diminuisca la sensibilità, ma sembrerebbero motivazioni poco credibili.

Sul mercato del sesso mercenario sono oggi molto richieste le prestazioni dei transessuali "viados". Infatti la notte, alla periferia delle città dietro di loro si forma spesso la coda di vetture di clienti che li ammirano e aspettano il loro turno.

Negli ambienti dei transessuali brasiliani che si prostituiscono la notte in strada vi è molto più uso di alcol e droghe. I clienti spesso offrono loro cocaina, la consumano insieme e cercano di pagare le prestazioni sessuali con l'offerta della sostanza.

In particolare durante i mesi freddi invernali i transessuali che generalmente sono quasi nudi per adescare meglio il cliente, per resistere alle rigide temperature invernali abusano di alcol e cocaina da soli o con altri transessuali o con i clienti.

Fare l'amore con un "viados" è molto più rischioso dal punto di vista della possibilità di contagio, ma sembra essere più eccitante, almeno per alcuni uomini: sembra una bella donna, o almeno si presenta come tale, provocante, con una sorpresa da scoprire poi in intimità.

Infatti i frequentatori dei "viados" sembrano avere le caratteristiche dei bisessuali, con una grossa componente di omosessualità latente che pare appaghino nella ricerca di un pene in corpo di donna.

Ovvero non sembrano accettare la loro cospicua componente di omosessualità celata e si illudono di essere eterosessuali cercando delle Trans che appaiono in tutto e per tutto come donne.

Il profilattico se viene usato spesso fa parte di quelli di qualità scadente acquistati al mercato nero con alto rischio di rottura e di contrarre una malattia venerea.

Molti uomini sposati, con un rapporto familiare in crisi cercano consolazione da soli o con amici maschi nell'uso di sostanze illegali per provare piacere "sballo" o con le prostitute volendo da loro non solo una consolazione fisica, ma anche psicologica.

Infatti cercano di attuare oltre al rapporto sessuale anche un dialogo come fossero operatori sociali anziché prostitute e di ricevere scambi di affettuosità.

Le prostitute, in particolare le Trans sono più dedite a queste tipologie di interazione, spesso provano compassione o si identificano verso questi clienti e accarezzano loro teneramente la mano, fumano una canna insieme o tirano cocaina; li capiscono, quasi come se riconoscessero nelle sofferenze dell'altro la loro parte bisognosa di affetto e di considerazione da parte dell'altro sesso.

Nessuna di esse però può restare loro accanto.

Sarebbero troppo tristi e si vergognerebbero di se stesse quando il cliente non piange più.

Le prostitute non sempre vendono piacere, a volte ripropongono crudeltà e violenze psicologiche, infatti per quanto riguarda il legame tra prostituzione e frigidità, possiamo considerare la frigidità uno dei presupposti del comportamento della prostituta.

La sensazione sessuale completa, nella cultura occidentale, lega la donna ad un solo uomo; ove questa manchi, la donna può andare da un uomo all'altro, esattamente come il tipo maschile del Don Giovanni sempre insoddisfatto, deve cambiare continuamente l'oggetto d'amore.

Come Don Giovanni si vendica su tutte le donne per la delusione che gli ha provocato una donna, la prima della sua vita, così anche la prostituta si vendica su ogni uomo per il regalo non ricevuto, che aveva atteso dal padre nelle dinamiche edipiche inconscie.

La sua frigidità può significare il vissuto di una degradazione di tutti gli uomini, e insieme, per l'inconscio, anche la fantasia di un'evirazione di massa; la vita della prostituta pare ruotare al servizio di questa tendenza e le droghe servono per evadere da queste crude realtà.

Riportiamo qui una frase tratta da un dialogo con una prostituta: "Il rapporto con i clienti si effettua in tali condizioni di rapidità e di sconforto storditi dall'effetto di droghe che non lascia nemmeno uno spunto di allegria" continuiamo chiedendo a lei: "Generalmente vi annoiate?".

Lei risponde "Sì, ci annoiamo da morire. La stessa cosa tutti i giorni. Tra un cliente e l'altro voi forse trovate una differenza? Noi no!".

Quindi il rapporto tra cliente e prostituta, sul piano psicologico, è un rapporto che può connotarsi con degli evidenti tratti masochistici in entrambe le direzioni dove tutti e due cercano piacere ma ricevono spesso dolore e frustrazioni che sfociano a volte in crudeltà.

Anche l'uso di sostanze per evadere e cercare piacere alla fine porta solo sconforto ed è un male, un'aggressione contro se stessi.

Non sono solo gli uomini sposati e delusi dalla crisi di coppia a frequentare prostitute, anche molti giovani frequentano le donne di strada.

Molti giovani "single" hanno spesso difficoltà a corteggiare e conoscere le ragazze. Non è semplice in discoteca conoscere ragazze.

Oggi il giovane si sente un po' inibito nell'approccio con la coetanea di sesso opposto che al contrario viene vissuta come sicura di sé, decisa, più matura.

La difficoltà sembra quella di proporsi all'altro e di mettersi in gioco, l'insicurezza fa temere un giudizio negativo, non solo da parte della ragazza ma anche dei coetanei.

Questo ragazzo, che fa fatica a conoscere ragazze, per sentirsi più sicuro di sé usa spesso cannabinoidi e cocaina e per soddisfare le proprie esigenze sessuali fa ricorso alla masturbazione nel segreto della sua camera.

A volte trova molto semplice e anche attraente fermarsi al ciglio di una strada a contattare una prostituta, che è sempre disponibile.

Anche alcuni giovani che hanno la ragazza fissa a volte frequentano le prostitute per fare, sotto effetto spesso di stimolanti sessuali per le loro fantasie erotiche come la cocaina, alcuni giochi erotici che considerano devianti e che si vergognano di chiedere alla fidanzata.

Queste esigenze di giochi sessuali particolari (che spesso si possono definire o sono vissute come perversioni) sono spesso più rischiose di contagio di infezioni sessualmente trasmesse.

A volte capita che nei rapporti con le donne di strada ci sia l'illusione di un rapporto d'amore o di amicizia intensa e genuina.

Il cliente può non accettare che la donna conosciuta sulla strada lo tradisca continuamente con altri uomini per l'avidità di denaro e di ingenti somme che lui non è in grado di elargirle, accecato dalla gelosia e spesso sotto effetto di alcol o ancor più di cocaina può reagire con atti violenti nei confronti dell'amata, con percosse e in casi estremi omicidi consumati nelle tenebre della periferia.

Spesso succede che la prostituta e i suoi clienti siano consumatori di sostanze stupefacenti o perfino spacciatori, con risvolti criminologici e frequenti comportamenti violenti.

Alcuni uomini della notte per le loro continue necessità di improntare relazioni che comprendano sesso e droga, complice l'oscurità e certi luoghi poco raccomandabili, si rendono facilmente disponibili verso comportamenti antisociali e delinquenziali quali estorsioni, rapine e ricatti.

Capita molto spesso che i clienti carichino in auto una prostituta e d'accordo con un complice, quando sono

appartati nel buio di un campo di periferia, la derubino del denaro, oppure viceversa può essere la prostituta che deruba il cliente e dopo avergli tolto la chiave di accensione dal quadro scappi con un complice.

Frequenti sono le risse, a volte molto violente con accoltellamenti tra gruppi di prostitute per spartirsi il marciapiede o cacciare una nuova concorrente più giovane e carina che adesci con più facilità gli uomini o per regolamenti di conti di dosi di stupefacenti non pagate.

Secondo alcuni criminologi le prostitute, i transessuali ed i loro clienti, proprio per la loro propensione a mettersi in situazioni contemporaneamente rischiose ed eccitanti, incorrono facilmente nel furto, nella violenza privata, nelle lesioni personali, nello spaccio di sostanze stupefacenti ed in condotte delinquenziali in genere.

Il lavoro che è stato svolto col progetto regionale di prevenzione dell'infezione dell'HIV a bordo dell'ambulanza della Croce Rossa per le vie della prostituzione bresciana, tramite operatori specificatamente formati, oltre a portare informazioni sanitarie porta un segno tangibile di umanità e conforto.

In realtà a volte così degradate, oltre ad aver dato buoni frutti riguardo alla prevenzione e fatto affluire maggiore utenza agli appositi ambulatori, ha permesso tramite le interviste di capire quali sono le dinamiche psicologiche sottostanti che regolano i comportamenti umani a volte violenti con rischio di contagio infettivo.

Tali ambienti sono ricchi di trasgressione, di aggressività, di piacere e di dolore. Noi riteniamo che sia doveroso continuare nello studio di tali comportamenti umani, in particolar modo di quelli a rischio, per poter impostare una valida prevenzione.

Progetti come questo arricchiscono le nostre conoscenze ed informazioni sulle abitudini sessuali della popolazione, ci fanno riflettere sulle motivazioni che spingono le persone verso i rischi e aiutano a stendere dei piani di prevenzione efficaci per ridurre il contagio dal punto di vista sanitario.

Dal punto di vista, invece, della prevenzione alla persona nel suo insieme, è importante sottolineare che il lavoro

svolto ha permesso di stabilire contatti e offrire anche una consulenza psicologica, che è prevista dai servizi dell'ASL, di cui alcuni hanno beneficiato.

Sono state prevalentemente prostitute, Trans, tossicodipendenti che hanno chiesto un aiuto relativamente alla loro storia personale, familiare e di inserimento sociale attuale.

A volte si sono presentate con i loro partner abituali per una psicoterapia di coppia, in un solo caso è arrivato un cliente "innamorato".

È stato interessante vedere le relazioni di coppia e soprattutto considerare anche le dinamiche inconscie e metterle in relazione con le rispettive storie familiari.

Temi a cui noi teniamo molto perché danno significato all'esistenza e alle scelte di queste persone, per cui abbiamo in corso uno studio congiunto che vede intersecarsi le esperienze di diversi professionisti dislocati in diverse strutture della Lombardia che si occupano di questi casi.

## Bibliografia

Ermentini A., Beretta G., *Il transessualismo*, Università degli Studi, Brescia, 2003.

Ermentini A., Gulotta G., *Psicologia, psicopatologia e delitto*, Giuffrè, Milano, 1971.

Freud S., "Tre saggi sulla teoria sessuale" (1905), in *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970.

Freud S., "Psicoanalisi" e "Teoria della libido": due voci di enciclopedia (1922), in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.

Kraft-Ebing Von R., *Le psicopatie sessuali con particolare considerazione alla inversione sessuale*, Bocca, Torino, 1889.

Lombroso A., Ferrero G., *La donna delinquente*, Bocca, Torino, 1927.

Pistuddi A., Kaufmann M., *Comportamenti sessuali a rischio in psicopatologia: un caso clinico*. Atti del convegno Aids e sessualità, in *Consultorio Familiare*, n. 1/2, CIEFFE, Padova, 1996.

Pistuddi A., *Profilo psicologico e tratti di personalità di un campione di pazienti frequentatori abituali di prostitute*. Atti del XI Congresso della Società Italiana di Andrologia, Monduzzi Editore.

## NOTIZIE IN BREVE

### IL NUOVO COORDINAMENTO DELLA CONSULTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E PROFESSIONALI

Sabato 19 febbraio a Bologna si è riunita la Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali degli Operatori delle Dipendenze Patologiche.

Erano presenti *Augusto Consoli* per l'Associazione delle Comunità Terapeutiche Pubbliche, *Sandro Libianchi* per CONOSCI *Vittorio Foschini* per Erit Italia, *Maurizio Fea* per FeDerSerD, *Beppe Vaccari* e *Maurizio Coletti* per Itaca Italia, *Giovanni Greco* per SIA, *Massimo Clerici* per SipDIP, *Paolo Jarre* e *Andrea Flego* per SITD.

Alla conclusione di un intenso dibattito, avviato nei mesi scorsi, è stato indicato con votazione a maggioranza Paolo Jarre come Coordinatore della Consulta.

Jarre è affiancato, in qualità di vicari, da Giovanni Greco e Maurizio Fea.

Il primo passo del nuovo coordinatore della Consulta sarà la richiesta al Dipartimento Nazionale di essere rappresentata nella Consulta prevista dal DPR 309/90 e di partecipare alla costruzione della prossima Conferenza sulle Droghe (settembre 2005, a Pescara) contribuendo a rappresentare le opzioni della clinica e degli interventi basati sulle evidenze.

## Adolescenza e criminalità: il disagio del quartiere di Scampia (Napoli)

Goffredo Miano\* e Rosaria Dell'Aversana\*\*

L'adolescente è un individuo che vive un travaglio per diventare persona, immerso in un'atmosfera di tensione propulsiva e di trepidante attesa.

L'io dell'adolescente si trova a dover gestire una pulsione di notevole consistenza, che ha contenuti sia fisici che psicologici, tale da provocare una trasformazione dei ruoli e dell'immagine del Sé, sia a livello interpersonale che intrapsichico.

Infatti, possiamo sicuramente affermare che l'adolescenza va dalla trasformazione alla riappropriazione della propria individualità/personalità: "si nasce maschi e/o femmine... si diventa uomini e/o donne".

Sull'onda dell'evoluzione fisiologica, della spinta pulsionale e di un maggior bisogno di indipendenza, c'è un riemergere, ridiscutere, riorganizzare degli equilibri precedentemente raggiunti sulle tematiche relative ai primi rapporti intra-interpersonali, negli aspetti reali e fantasmatici, riguardanti l'alimentazione, l'igiene e la percezione della propria dimensione corporea, l'affettività e la sessualità.

Tutto ciò che altera la vita dell'adolescente, può essere avvertito come un segno di evoluzione, o come l'avviso di una pericolosa perdita di sicurezza.

L'adolescente si "affeziona" all'immagine che porta dentro, e ogni cambiamento crea piccole o grandi tensioni: fanno fatica ad "identificarsi", perché la nuova immagine non combacia con quella "depositata" precedentemente.

In difesa della propria indipendenza, vengono da una parte accantonati vecchi ideali, dall'altra parte, si erigono e si propongono "nuovi idoli" fatti di gruppi, di ideologie, di star del momento, usando, volontariamente e strategicamente, i meccanismi di identificazione e controidentificazione, di adattamento di specifiche regressioni, di scissioni e di passaggi all'azione.

La forza aggressiva che serve per questi processi, si accompagna ai sensi di colpa che producono cambiamenti dell'umore e della condotta.

Il corpo maturo, il sesso si evidenzia: "... l'io ha il compito dell'accettazione dell'identità e del ruolo psicosessuale, delle diversità tra i sessi e tra gli elementi dello stesso gruppo sessuale, e della risoluzione della competizione nella complementarità, e della rivalità nella collaborazione...".

L'adolescente interagisce e coinvolge il sistema che lo circonda, come la scuola, la famiglia, le agenzie sociali, il lavoro, l'atteggiamento di tutto ciò non è neutrale ed indifferente rispetto all'atmosfera e alle complicazioni ed all'esito del processo adolescenziale.

Appare evidente, a questo punto, come anche e soprattutto per la famiglia, l'adolescenza sia una prova importante.

Infatti, le si chiedono al tempo stesso, funzioni di protezione e di appoggio da una parte, capacità di aprirsi per cambiare

per lasciare andare i giovani ad accogliere il loro mondo esterno, le loro scelte affettive e sessuali dall'altra.

Un tratto caratteristico di molti comportamenti adolescenziali "impropri" che rischiano di tradursi in devianza antisociale è costituito da una certa forma di aggressività.

Freud aveva in proposito, sotto certi aspetti spesso contraddittori, una visione piuttosto "negativa" dell'aggressività, collocando gli istinti aggressivi accanto alle pulsioni di distruzione e di morte.

In seguito altri studiosi tra i quali Adler, Stern, Ammon, Fromm, e Winnicott, hanno riconosciuto all'aggressività anche una funzione adattiva.

Infatti, per Winnicott, l'aggressività è presente prima dell'integrazione della personalità.

Nel volume *Aggressività come adattamento* (1978) Bonino e Saglione riassumono i termini di questo dibattito, definendo l'aggressività come "una potenzialità volta a un rapporto sempre più adattivo con la realtà, attraverso una duplice funzione espansiva e difensiva".

Tuttavia possono verificarsi casi in cui l'aggressività viene utilizzata a "vuoto", senza motivazioni evolutive: quando il soggetto ha strutturato una identità poco salda, fatta di frustrazioni precoci e di gravi limitazioni alla crescita, o è sottoposto a pesanti imposizioni di modelli culturali e sociali, può essere spinto a sviluppare una attività espansiva o difensiva "frenetica", priva di funzionalità adattiva, e "rischia", proprio a causa delle reazioni che il suo comportamento immotivato determina nell'ambiente che lo circonda, di distruggere ulteriormente il livello di strutturazione acquisita, in un circolo chiuso per lui sempre più disgregante (Bonino, Saglione, 1978).

Per quanto concerne l'aggressività non adattiva sembra utile operare questa classificazione: *autoaggressività* e *aggressività nel senso di distruttività*.

Alla prima categoria appartengono tutte le forme di aperta aggressione contro se stesso (autolesionismo e suicidio) e tutte le manifestazioni di regressione e di fughe dalla realtà (come psicofarmaci, droghe, alcool).

Alla seconda categoria, invece, appartengono le diverse forme di comportamento violento, tra cui:

1. *violenza strumentale*: prodotta dalla delinquenza appresa e finalizzata ad uno scopo (furto, scippo, rapina, ecc.);
2. *violenza interpersonale*: che esplode "improvvisa" come "sfogo" di una situazione nella comunicazione tra persone e gruppi;
3. *violenza distruttiva e "gratuita"*: che si esprime in azioni vandaliche, apparentemente senza senso e finalità, ma che proprio per questo può assumere un preciso valore simbolico ("lasciare" una traccia del proprio passaggio, "esorcizzare" la paura e l'angoscia, "vendicare" un vissuto di frustrazione, ecc.);
4. *violenza ideologica*: spesso commessa in gruppo, con cui si afferma l'identità della propria "parte" attraverso l'aggressione e l'umiliazione degli avversari (es. la violenza degli "Ultras"); da un'indagine "Labos 88" si evidenzia un grado intenso di strutturazione e articolazione nel gruppo, e un deciso fine: Protagonismo/Autoaffermazione.

\* Sociologo Dirigente c/o l'Unità Operativa Servizio Tossicodipendenze DSB n. 48, ASL Napoli 1.

\*\* Psicologa Tirocinante c/o l'Unità Operativa Servizio Tossicodipendenze DSB n. 48, ASL Napoli 1.

L'adolescenza, quindi, è l'età della rivolta verso l'autorità parentale e della ricerca di nuove esperienze sociali, ideologiche, culturali, finalizzate soprattutto alla costruzione di una personale identità.

Nelle società industriali l'istruzione obbligatoria e il prolungamento degli studi trattengono a lungo masse di giovani sulla soglia della vita professionale, in una situazione di parcheggio, spesso privo di ogni scambio sostanziale con il mondo degli adulti.

Da diverse indagini l'attenzione dei ricercatori è focalizzata sui cosiddetti "fattori-rischio", che possono determinare situazioni in cui il disagio tende a cronicizzarsi e a sfociare nel disadattamento.

Per *rischio* si intende una "situazione in cui vengono negate o frustrate o mortificate le opportunità di soddisfazione dei bisogni fondamentali delle persone" (Ringhini, 1984).

I fattori-rischio più ricorrenti, riguardano le problematiche familiari, la deprivazione culturale, la marginalità socioeconomica, la carenza di offerte di tempo libero e di aggregazione e gli atteggiamenti di fronte alla devianza. Appare evidente che il termine disagio comprende in sé una vasta gamma di condizioni, che crediamo, però, si possono raccogliere in tre categorie, poste su tre livelli diversi:

- a) *un disagio evolutivo endogeno*, legato alla crisi di transizione dell'età adolescenziale. Riguarda la totalità dei giovani e fa parte del naturale processo di crescita dell'individuo;
- b) *un disagio socioculturale esogeno*, legato ai condizionamenti della società complessa. Riguarda i giovani che vivono in sistemi sociali come il nostro, ed è una condizione diffusa, condivisa dagli stessi adulti;
- c) *un disagio cronicizzante*, legato all'interazione di fattori-rischio individuali e locali con le precedenti forme di disagio. Riguarda una minoranza di giovani e specifiche aree ambientali, caratterizzate da povertà materialistica e post-materialistica. È questa la forma di disagio più grave, che "prepara il terreno", al disadattamento vero e proprio.

## Indagine sul territorio di Scampia

Il nostro lavoro si svolge a Scampia, area nord occidentale della periferia di Napoli.

Il nome Scampia sta per *spianata*, infatti, agli inizi del '900, questo territorio corrispondeva a suoli agricoli, molto fertili, organizzati in casali.

La prima crescita edilizia si registra nel periodo compreso tra la fine della seconda guerra mondiale e gli anni sessanta.

Solo nel 1985 l'area interessata diventerà "quartiere di Scampia", quartiere indipendente da quello di origine che era appunto Secondigliano.

Attualmente l'immagine che evoca questo quartiere è quella delle "Vele", simbolo del degrado e del fallimento di una politica urbanistica, sociale e culturale, da sempre associata a rilevanti *fatti di cronaca*.

In tutta questa zona sono assenti insediamenti produttivi di notevole importanza, le attività produttive sono poche e non incrementate.

Da un recente studio prodotto dalla Facoltà di Sociologia dell'Università di Napoli, notiamo che alla metà degli anni Settanta su 3.315 alloggi per 20.000 vani, le uniche infrastrutture realizzate sono state: sei negozi, sette sale condominiali, un ufficio, un alloggio per custode, le attrezzature sportive.

Questa mancanza di infrastrutture, quali negozi e mercati, si è cronicizzata fino ai nostri giorni e a ciò si aggiunge la com-

pleta mancanza di cure delle poche strutture pubbliche realizzate, spesso rese oggetto di atti vandalici ancor prima di essere inaugurate.

A causa dell'eccessiva rapidità della costruzione degli insediamenti e della popolazione di essi, gli abitanti di Scampia non hanno sviluppato un senso di appartenenza e di identità con il quartiere, che si evince anche dalle divisioni che di fatto esistono sul territorio, in lotti, parchi e altre abitazioni.

I lotti corrispondono a una diversa fase del popolamento e ad una differente composizione socio-economica di Scampia.

Mentre per quanto riguarda parchi e abitazioni, indicano una diversa identità e soggettività dello spazio.

Secondo l'anagrafe i residenti di Scampia, alla fine del 2001 risultano 41.607; si evidenzia inoltre un numero rilevante di giovani e un numero basso di persone con oltre 65 anni.

Dall'osservazione dei nuclei familiari risulta che le famiglie numerose sono poco meno della metà delle famiglie residenti, di contro risultano essere pochissimi i nuclei familiari composti da una sola persona.

Questo dato evidenzia un elevato rischio di povertà nel quartiere di Scampia, che si differenzia in questo anche dagli altri quartieri della periferia nord di Napoli.

## Dal contesto al disagio

La disoccupazione colpisce a Scampia il 60% della popolazione giovanile.

I problemi relativi al lavoro si concentrano soprattutto sui giovani, specie su quelli in cerca di prima occupazione.

La disoccupazione femminile è altissima, anche se spesso le donne sono impegnate in attività di servizio domestico svolto a nero.

A livello locale non ci sono attività produttive o istituzionali di rilievo, e se questo in teoria, non dovrebbe costituire un problema, vista la natura residenziale del quartiere, ha comunque una ricaduta sullo stesso a causa delle difficoltà generali sul fronte dell'occupazione di tutta l'area metropolitana di Napoli.

La bassa scolarizzazione rende ancora più difficile cercare e trovare un lavoro seppur precario, aggravando ulteriormente la situazione.

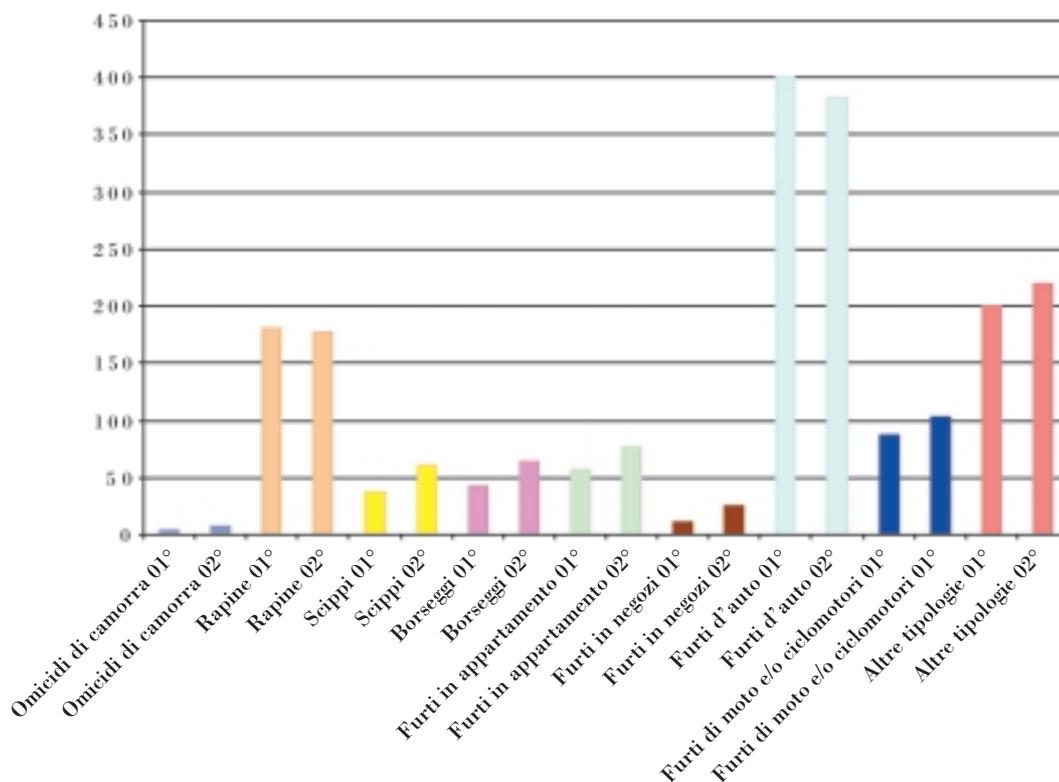
I numerosi abbandoni scolastici sono dovuti alla mancanza di edifici scolastici adeguati, spesso sono scuole situate in prefabbricati con problemi di agilità, e di inosservanza delle norme igienico sanitarie.

A Scampia regna la cosiddetta arte di "arrangiarsi", che spesso sfocia in direzione della devianza.

Molteplici e varie sono le manifestazioni della devianza, che vanno dall'appropriazione indebita (furti, scippi, rapine) a condotte di tipo aggressivo (omicidi di camorra) spesso collegati allo spaccio e all'uso di sostanze stupefacenti.

A questo punto risulta interessante valutare il grafico tratto da un'indagine condotta dalla Questura di Napoli sul numero di reati commessi dalla popolazione adolescenziale e denunciati nel territorio di Scampia, comparando i dati del 2001 e del 2002.

Come si evidenzia dal grafico, nel 2001 gli omicidi di camorra sono stati 5, mentre nell'anno dopo sono passati ad 8; per quanto concerne le rapine c'è stato un decremento; infatti, nel 2001 sono state 182, nel 2002 n. 179; scorrendo sempre i dati della Questura di Napoli, si può notare che gli scippi nel 2001 ammontano a 39, nel 2002 a 62, con un aumento di circa il 30%; i borseggi nel 2001 sono stati 45, nel 2002, 66; i furti in appartamento nel 2001 sono stati 58, nel 2002, 78; i furti in negozio nel 2001 sono stati 12, nel 2002, 26; i



Reati commessi presso il territorio di competenza del Ser.T. DSB n. 48 negli anni 2001-2002, a cura del Sistema Informativo della Questura di Napoli

furti d'auto nel 2001 sono stati 403, nel 2002, 384; i furti di moto e/o ciclomotori nel 2001 sono stati 89 e nel 2002, 105; altre tipologie di reato verificatosi nel 2001 sono state 202 e nel 2002, 222.

Dall'analisi dettagliata del grafico si deduce che c'è stato tra il 2001 e il 2002 un notevole incremento della così detta "Violenza Strumentale" (VS, quella particolare tipologia di violenza che è prodotta dalla delinquenza appresa e finalizzata unicamente ad uno scopo) caratterizzata da: sciippi, borseggi, furti in appartamento, furti in negozio, furti di moto e di altre tipologie di reato, raggiungendo in alcuni casi valori doppi rispetto allo scorso anno (vedi: sciippi, furti in negozio). Si è invece riscontrata una diminuzione delle altre tipologie di reato, in particolare delle rapine e dei furti di auto.

La tipologia di reato più elevata per entrambi gli anni presi in considerazione, sono i furti d'auto.

Dall'osservazione e analisi di questi dati, risulta evidente di quanto sia radicato e diffuso il disagio adolescenziale a Scampia, che in determinate condizioni sfocia nella micro-criminalità.

Il problema risulta amplificato e alimentato quotidianamente dalla presenza sul territorio di un fiorente "mercato" di sostanze stupefacenti che interessa da vicino la popolazione giovanile sia per lo spaccio che per il consumo di droghe.

Come si evince dai dati succitati sulla disoccupazione, le opportunità di lavoro per i giovani sono ancora molto scarse a causa della mancanza di adeguati siti produttivi sul territorio, e così l'offerta di siti di aggregazione che possano offrire ai giovani spazi ad hoc e "protetti" in cui coltivare i propri interessi e le loro passioni.

Dall'analisi della composizione demografica, delle strutture, del grado di istruzione e del lavoro sul territorio, si evince che in siffatta situazione diventa molto complesso e difficile un lavoro di reintroduzione e/o integrazione nel tessuto sociale del target giovanile.

## Bibliografia

- Adamo, Williams, *Il lavoro con adolescenti difficili*, Idelson Gnocchi, 1994.
- Arciero, *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Bollati Boringhieri, 2002.
- Andreoli, *Giovani*, Rizzoli, 1991.
- Borgna, *Le figure dell'ansia*, Rizzoli, 2000.
- Coleman, Hendry, *La natura dell'adolescenza*, Il Mulino, 1992.
- Crepet, *Le dimensioni del vuoto. I giovani e il suicidio*, Feltrinelli, 2000.
- Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, Kurtz, *Psicoterapia per il bambino e l'adolescente*.
- Trattamenti e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
- Giani Gallino, *L'altra adolescenza: Handicap, divorzio, genere e ruolo sessuale. Quali modelli?*, Bollati Boringhieri, 2001.
- Loriedo, "Disturbi di personalità e relazioni familiari", *Rivista di psicoterapia relazionale*, 22-23, n. 9, 1999.
- Melucci, Fabbri, *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, 2000.
- Miano G., *Il disagio scolastico: implicazioni e ricadute sulla programmazione e la valutazione*, 1997.
- Mozzanica, Granata, Castelli, *(Dis)Agiò giovanile negli itinerari di Community Care*, Franco Angeli, 1997.
- Neresini, Ranci, *Disagio giovanile e politiche sociali*, La Nuova Italia Scientifica, Il ristampa 1996.
- Novelletto, *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescente*, Borla, 1986.
- Orsi, Battaglia, *Disagio e devianza giovanile oggi*, FrancoAngeli, 1992.
- Poland, *Prevenzione del suicidio nell'adolescenza: interventi nella scuola*, Erickson.
- Regogliosi, *La prevenzione del disagio giovanile*, La Nuova Italia Scientifica, 1994.
- Scabini, *Psicologia sociale della famiglia. Sviluppo dei legami e trasformazioni sociali*, Bollati Boringhieri, 1995.
- Schelotto, *Distacchi e altri addii*, Mondadori, 2002.
- Utet Periodici Scientifici, *L'adolescente tra psiche e soma*, 2002.
- Vegetti Finzi, Battista, *L'età incerta. I nuovi adolescenti*, Mondadori, 2001.
- Volinforma "Viaggio nelle periferie", Dossier, 1991, Rivista bimestrale n. 3, giugno 2001.
- Winnicott, "Physical Therapy of Mental Disorder", *British Medical Journal*, 1947.
- Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, 1989 (VII rist.).



## **Nominate la Consulta delle Tossicodipendenze e Alcooldipendenze correlate e il Comitato Scientifico dell'Osservatorio del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga**

Con decreto in data 28 gennaio 2005 del Vice Presidente del Consiglio dei Ministri Gianfranco Fini e su proposta del Capo Dipartimento Nicola Carlesi, è stata istituita la Consulta delle tossicodipendenze.

Il Dipartimento per le politiche antidroga si avvarrà di questo organismo ad elevata specializzazione, rappresentativo degli operatori e degli esperti delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, che svolgerà compiti di consulenza e supporto tecnico-amministrativo nell'elaborazione e nell'attuazione delle politiche di prevenzione, monitoraggio e contrasto del diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate.

La Consulta è così composta:

*Presidente:* Il Ministro delegato quale organo di governo del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga.

*Componenti:* Capo del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga; Componenti della Conferenza dei dirigenti generali competenti per materia delle amministrazioni dello Stato; Giovanni SERPELLONI in rappresentanza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

*Esperti e operatori dei Ser.T.:* Sonia CALZAVARA - Padova; Pietro Fausto D'EGIDIO - Pescara; Dora DI CIANO - Sulmona (AQ); Giovanni DI GIOVANNI - Palestrina (RM); Giorgio DI LAURO - Napoli; Massimo DIANA - Iglesias (CA); Guido FAILLACE - Alcamo (TP); Annarita GIACCONE - Viterbo; Marcello GRASSO - Palermo; Gerardo GUARINO - Alba (CN); Claudio LEONARDI - Roma; Amedea LO RUSSO - Venezia; Raffaele LOVASTE - Trento; Fernanda MAGNELLI - Cosenza; Stefano MARGARITELLI - Rieti; Maria MERLINO - Roma; Vera SAMBATARO - Adrano (CT); Francesco SANTANGELO - Cava dei Tirreni (SA); Cassio SCATEGNI - Gallipoli (LE).

*Esperti e operatori delle Comunità:* Don Michele BARBAN - Centro Solidarietà Gulliver; Massimo BARRA - Villa Maraini; Don Oreste BENZI - Comunità Giovanni XXIII; Roberto CAFISO - Comunità Rinascita; Renato CAFORIO - Comunità Il Delfino; Andrea DE DOMINICIS - CEIS; Sandro DIOTTASI - Mondo Nuovo; Leopoldo GROSSO - Gruppo Abele; Vincenzo LEONE - Comunità Emmanuel; Padre Salvatore LO BUE - Comunità Padre LO BUE; Teresa MARZOCCHI - CNCA; Vincenzo MASINI - Comunità Incontro; Don Antonio MAZZI - Comunità Exodus; Giovanni MOSCHINI - Gruppo Valdinievole; Andrea MUCCIOLI - Comunità San Patrignano; Achille SALETTI - Comunità Saman; Don Egidio SMACCHIA - FICT; Padre Vincenzo SORCE - Comunità Casa Rosetta.

*Esperti in rappresentanza di associazioni:* Josè BERDINI - Associazione Pars Macerata; Luigi BERTACCO - AGARAS; Angelo CIMILLO - Ass. It. Cura Dipendenze Patologiche; Massimo MAGAGNOLI - Associazione ANGLAD; Marco SCURRIA - Associazione MODAVI; Don Mario SOZZI - Fondazione Promozione Umana.

Con un secondo decreto in pari data, viene disciplinata l'organizzazione e il funzionamento del Comitato scientifico dell'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze.

Il Comitato, composto da undici esperti di elevata qualificazione professionale nel campo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, esercita le funzioni di consulenza tecnico-scientifica a supporto delle politiche di prevenzione, monitoraggio e contrasto del diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate.

Il Comitato è così composto:

*Presidente:* Carmelo FURNARI - tossicologo forense.

*Componenti:* Mauro CECCANTI - alcoologo; Massimo DI GIANNANTONIO - psichiatra; Riccardo GATTI - psichiatra; Alfio LUCCHINI - psichiatra; Teodora MACCHIA - biochimico; Giuseppe MAMMANA - esperto psicoterapeuta; Don Chino PEZZOLI - esperto psicopedagoga; Giovanni PIERETTI - esperto sociologo; Roberto PIRASTU - medico del lavoro; Pietrantonio RICCI - medico sociale.

Il Comitato è parte integrante della Consulta delle tossicodipendenze.

### **Il commento dell'Ufficio di Presidenza di FeDerSerD**

*Le nomine finalmente decretate permettono di riprendere la necessaria operatività prevista dalla legge vigente.*

*La quarta Conferenza nazionale prevista dal TU 309/90 e convocata a Pescara dal 20 al 22 settembre 2005, giunge a 5 anni dalla Conferenza di Genova.*

*Nei numerosi eventi congressuali che FeDerSerD ha celebrato, le aspettative e le necessità del sistema di intervento pubblico-privato non profit italiano sono stati ampiamente rappresentati. Anche in questo numero di Mission gli operatori possono trovare una ampia rassegna del dibattito attivato.*

*FeDerSerD nota con soddisfazione e assunzione di responsabilità che (secondo lo spirito normativo che prevede nomine individuali per gli esperti) sei esponenti del Direttivo nazionale della Federazione sono membri della Consulta o del Comitato Scientifico.*

*Altri iscritti alla Federazione sono presenti negli organismi nominati.*

*A questo si aggiunge la recente designazione del Presidente in un board tecnico del Gruppo Pompidou.*

*Questo richiama l'impegno della Federazione a rappresentare negli organismi previsti dalla legislazione (ad ogni livello) la mission scientifica e istituzionale che gli è propria.*

*Già nella prima riunione della Consulta, tenutasi il 16 febbraio, gli esperti membri della Federazione hanno, insieme a tanti altri colleghi, sottolineato la necessità di costruire una Conferenza nazionale ampia, aperta, preparata con tutte le componenti e le sensibilità presenti nel sistema di riferimento italiano. Una Conferenza che si basi sulla analisi della legislazione vigente e sull'esame delle reali problematiche del settore. Questo si attende il sistema di intervento italiano.*

Lo statuto di FeDerSerD dopo le modifiche approvate dalla Assemblea nazionale a Firenze, il 19 ottobre 2004.

# STATUTO DELLA FEDERAZIONE

## ART. 1 NOME

Il nome della Associazione è: "Federazione italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze", abbreviato FeDerSerD. L'Associazione è senza fini di lucro.

## ART. 2 SEDE

La Federazione ha sede legale in Grosseto, viale Matteotti 72.

La Federazione ha sedi periferiche regionali o sovra-regionali, come deliberato dal Consiglio e ratificato in Assemblea.

## ART. 3 SCOPO

Cardine della filosofia della Federazione è la gestione decentrata sul territorio dei compiti di interesse degli operatori e del sistema dei servizi con sviluppo della autonomia delle Federazioni Regionali.

Sono compiti della Federazione:

- Promuovere informazione corretta, attività di prevenzione, formazione e aggiornamento professionale nel campo del consumo, abuso, dipendenze e patologie correlate tra gli operatori del sistema dei servizi attraverso:
  - la creazione di una rivista culturale e scientifica;
  - la ricerca di contatti e scambi culturali con istituzioni analoghe presenti in Italia e in altre nazioni;
  - la organizzazione di simposi e corsi di aggiornamento per operatori del settore, sia a carattere regionale che nazionale;
  - la partecipazione alle finalità della formazione continua in medicina secondo le norme ECM.
- Promuovere rapporti con le istituzioni nazionali e regionali di carattere politico, ai fini di garantire la coerenza scientifica e operativa delle scelte legislative e organizzative.
- Promuovere una cultura del management nel settore delle dipendenze.
- Promuovere progetti e ricerche sperimentali e cliniche atte a valutare i danni somatici, psichici e sociali da sostanze di consumo, abuso e dipendenza, le patologie correlate, gli altri comportamenti addittivi, i meccanismi biologici e psichici che sono alla base delle alterazioni del comportamento indotte nell'uomo da ogni tipo di sostanze o comportamenti di potenziale abuso.
- Promuovere progetti e ricerche sperimentali e cliniche atte a individuare e accertare la obiettiva efficacia di qualsivoglia trattamento farmacologico, psicologico, comportamentale e sociale capace di intervenire sullo stato di dipendenza e sulle patologie correlate.
- Promuovere progetti e ricerche sociali e giuridiche nel campo del consumo, abuso, dipendenza e dei suoi correlati alla sicurezza sociale e alla giustizia nel quadro delle compatibilità etiche e professionali.
- Promuovere e partecipare a strumenti organizzativi quali Fondazioni, Società, Associazioni d'impresa, atte alla realizzazione degli interventi previsti dai commi precedenti.

## ART. 4 COMPONENTI DELLA FEDERAZIONE

### 4.1 Tipologia dei Soci

La Federazione ha tre tipi di Socio: Ordinario, Onorario, Sostenitore.

Il Consiglio ha la responsabilità di approvare le richieste di iscrizione alla Federazione.

### 4.2 Socio Ordinario

Operatori direttamente impegnati nell'assistenza ai dipendenti da sostanze o da comportamenti addittivi, pubblici o privati, nonché studiosi della materia, purché residenti in Italia, possono diventare Socio Ordinario.

La domanda di ammissione viene inoltrata direttamente al Segretario Esecutivo della Federazione o attraverso le Federazioni regionali, ove costituite.

Tutti i Soci Ordinari possono ricoprire cariche della Federazione.

### 4.3 Socio Onorario

Il Consiglio può proporre come Soci Onorari professionisti che abbiano dato rilevanti contributi alle ricerche o all'intervento nel campo delle dipendenze. Le nomine sono sottoposte all'approvazione dell'Assemblea.

I Soci Onorari hanno tutti i diritti dei Soci Ordinari, fatta eccezione per il diritto di voto e la possibilità di ricoprire cariche all'interno della Federazione.

### 4.4 Socio Sostenitore

Sostenitori individuali o organizzazioni che sono interessate allo sviluppo del settore delle Dipendenze. I Soci Sostenitori non hanno diritto al voto e non possono ricoprire cariche sociali e assembleari.

## ART. 5 PATTI FEDERATIVI

Alla Federazione possono aderire, con un Patto Federativo, Associazioni, Onlus, Fondazioni, Gruppi formalizzati, che operano nel settore delle dipendenze. Le modalità federative sono fissate dal Consiglio e approvate dalla Assemblea.

## ART. 6 QUOTE DI ISCRIZIONE

Il Consiglio stabilisce l'ammontare delle quote annuali.

L'anno sociale è l'anno solare e le quote devono essere pagate in anticipo. I Soci Onorari non sono soggetti al pagamento di quote sociali. Un Socio che non paghi la quota annuale entro il periodo di 12 mesi dal ricevimento dell'avviso, perde tutti i diritti di Socio. La reintegrazione del Socio moroso prevede il pagamento di tutte le pregresse somme dovute. Le quote annuali per i soci sostenitori verranno stabilite dal Consiglio Direttivo.

## ART. 7 DURATA DELLA FEDERAZIONE

Tutti i Soci possono dimettersi in qualunque momento dandone comunicazione scritta al Presidente della Federazione. In circostanze eccezionali, il Consiglio Direttivo può espellere dalla Federazione un membro che si rendesse responsabile di azioni contrarie ai propositi della Federazione. Detto Socio riceverà comunicazione scritta dell'avvenuta espulsione e delle ragioni che l'hanno causata. Egli ha diritto di appellarsi al Collegio di Garanzia.

## ART. 8 CONGRESSI

### a) Congresso Nazionale

La Federazione organizza un Congresso di norma a cadenza triennale, la cui sede, data e programma vengono stabiliti dal Consiglio Direttivo. In concomitanza del Congresso Nazionale viene indetta una Assemblea dei soci.

### b) Riunioni ed altre attività congressuali

La Federazione può tenere Simposi, Congressi e Convegni.

Inoltre può sponsorizzare e partecipare ad altre iniziative analoghe promosse da altre Associazioni.

## ART. 9 ATTIVITÀ EDITORIALE

Il Consiglio Direttivo può promuovere pubblicazioni e strumenti sia cartacei sia medialti atti a diffondere l'informazione nel campo delle Dipendenze, sia in proprio sia in collegamento con iniziative editoriali di livello.

## ART. 10 VOTAZIONI

Ciascun Socio Ordinario ha diritto ad un solo voto in tutte le riunioni dei Soci della Federazione. Sono ammesse deleghe per non più di cinque a socio.

## ART. 11 ORGANI DELLA FEDERAZIONE

Sono organi della Federazione:

- L'Assemblea dei soci.
- Il Consiglio Direttivo.
- Il Presidente.
- Il Vice Presidente.
- Il Segretario Esecutivo.
- Il Tesoriere.
- Il Comitato Etico Scientifico.
- Il Collegio dei Revisori dei Conti.
- Il Collegio di Garanzia.
- L'Ufficio di Presidenza.

## ART. 12 L'ASSEMBLEA DEI SOCI

**12.1** L'Assemblea è composta da tutti i soci, rappresenta l'universalità dei soci stessi, e le sue deliberazioni, assunte in conformità della legge e del presente statuto, vincolano tutti i soci anche se assenti o dissenzienti. Ogni socio avente diritto di voto può farsi rappresentare da altro socio mediante delega scritta. Ogni socio ha diritto ad un voto e può essere titolare di non più di cinque deleghe.

**12.2** L'Assemblea dei soci deve essere convocata dal Consiglio Direttivo almeno una volta all'anno, per l'approvazione del bilancio consuntivo e preventivo, e quando occorra per la conferma di nomina dei consiglieri e dei revisori dei conti. L'assemblea dei soci deve inoltre essere convocata ogniqualvolta il Consiglio Direttivo ne ravvisi la necessità o quando ne sia fatta richiesta da almeno un quarto dei soci.

**12.3** I soci sono convocati per l'Assemblea a mezzo avviso affisso in bacheca presso la sede legale e le sedi periferiche della Federazione, di cui verrà data informazione ai soci tramite lettera, o telefax, o posta elettronica recanti ora, luogo e ordine del giorno, almeno venti giorni prima della data fissata. L'avviso di convocazione conterrà anche la data della seconda convocazione.

**12.4** Ogni socio ha il diritto di voto per l'approvazione e le modifiche dello statuto e dei regolamenti e per la nomina degli organi direttivi della Federazione. Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti dei presenti e con la presenza di almeno la metà degli aventi diritto al voto.

In seconda convocazione la deliberazione è assunta validamente a maggioranza, qualunque sia il numero degli intervenuti.

Per le deliberazioni concernenti lo scioglimento della Federazione, la devoluzione del patrimonio, occorrerà, sia in prima che in seconda convocazione, il voto favorevole della maggioranza di tutti i soci.

**12.5** L'Assemblea dei soci è presieduta dal Presidente, od in caso di suo impedimento dal Vicepresidente, assistito dal Segretario Esecutivo. Delle riunioni si redige un verbale firmato dal Presidente e dal Segretario Esecutivo.

Le votazioni in Assemblea hanno luogo per alzata di mano, oppure, se richiesto da almeno il 20% dei presenti, a scrutinio segreto.

## ART. 13 CONSIGLIO DIRETTIVO

La Federazione è retta ed amministrata dal Consiglio Direttivo, costituito da un minimo di 7 (sette) Consiglieri, ad un massimo di 21 (ventuno), eletti dall'Assemblea a scrutinio segreto, oltre a Presidente, Vicepresidente e Segretario Esecutivo. nominati ai sensi degli articoli 14, 15 e 16.

Durano in carica tre anni e possono essere rieletti.

Il Consiglio è investito dei poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della Federazione, tra cui:

- assicurare il conseguimento degli scopi della Federazione;
- convocare le Assemblee;

- c) deliberare l'ammissione dei nuovi soci ed adottare i provvedimenti di esclusione;
- d) eleggere il Presidente;
- e) eleggere il Vice Presidente;
- f) nominare i componenti del Comitato Etico Scientifico;
- g) nominare il Segretario Esecutivo;
- h) nominare il Tesoriere;
- i) approvare i bilanci preventivo e consuntivo predisposti dal Segretario Esecutivo;
- j) emanare regolamenti e norme per l'organizzazione ed il funzionamento della Federazione;
- k) acquistare ed alienare beni mobili ed immobili, accettare eredità e legati, determinare l'impiego dei contributi, delle erogazioni e dei mezzi finanziari a disposizione della Federazione;
- l) stabilire l'ammontare delle quote associative per i singoli esercizi;
- m) autorizzare l'istituzione delle Federazioni regionali e interregionali;
- n) deliberare su ogni questione inerente la vita associativa;
- o) nominare i membri del Collegio di Garanzia.

Il Consiglio Direttivo è convocato con la stessa modalità della Assemblea. Per la validità delle deliberazioni è richiesta la presenza di almeno la metà dei consiglieri.

Le riunioni sono presiedute dal Presidente o in caso di suo impedimento dal VicePresidente. Le deliberazioni sono prese a maggioranza. In caso di parità prevale il voto di chi presiede la riunione. Delle deliberazioni del Consiglio Direttivo viene redatto verbale, firmato dal Presidente e dal Segretario Esecutivo. Tre assenze ingiustificate consecutive sono considerate dimissioni dal Consiglio Direttivo. In caso di dimissioni o di impedimento prolungato il consigliere viene sostituito da un candidato proposto dal direttivo e con ratifica della Assemblea.

#### ART. 14 PRESIDENTE

**14.1** Il Presidente è il legale rappresentante della Federazione nei confronti di terzi ed in giudizio. Viene eletto a scrutinio segreto dal Consiglio Direttivo sulla base delle proposte formulate, dura in carica tre anni, e non può essere rieletto più di due volte consecutivamente.

Presiede le Assemblee e le riunioni del Consiglio Direttivo della Federazione. È responsabile dell'applicazione delle direttive dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo. Assolve le funzioni di coordinatore dei lavori della Federazione. Nomina l'Ufficio di presidenza. In caso di impedimento le sue funzioni sono svolte, fino alla fine dell'impedimento o alla elezione di un nuovo Presidente, dal VicePresidente. In caso di sfiducia, motivata, votata e sottoscritta dalla maggioranza dei membri del Consiglio Direttivo, il Presidente decade immediatamente e vengono attivate le procedure previste dal presente statuto.

#### 14.2 Presidente Onorario

Ogni tre anni l'Assemblea dei Soci elegge Presidente Onorario una personalità particolarmente distintasi in campo nazionale e internazionale sui temi di maggior interesse della Federazione. La carica è rinnovabile.

#### ART. 15 VICEPRESIDENTE

Coadiuvava il Presidente nella esecuzione delle funzioni della Federazione, dura in carica 3 (tre) anni e non può essere rieletto più di due volte consecutivamente. In caso di impedimento del Presidente lo sostituisce nelle sue funzioni.

#### ART. 16 SEGRETARIO ESECUTIVO

Il Segretario Esecutivo viene nominato dal Consiglio su proposta del Presidente, tra i consiglieri stessi. È responsabile della conduzione economica della Federazione, predisporre per l'approvazione i bilanci preventivo e consuntivo.

Coadiuvava il Presidente, in particolare nei compiti previsti negli articoli 4, 12 e 13.

#### ART. 17 TESORIERE

Il Tesoriere è nominato dal Consiglio su proposta del Presidente. Cura il conto di credito della Federazione.

#### ART. 18 COMITATO ETICO SCIENTIFICO

È composto dai Coordinatori dei Comitati Tecnici Scientifici regionali (ove costituite le Federazioni) e da Esperti del settore (da un minimo di sette ad un massimo di undici), nominati dal Consiglio Direttivo.

È presieduto da tre membri del Consiglio Direttivo. Il Comitato Etico Scientifico si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni:

- a) pareri sul programma di attività della Federazione;
- b) elaborazioni di proposte per lo sviluppo delle attività;
- c) pronunciarsi su argomenti che gli sono proposti dal Presidente e dal Consiglio Direttivo;
- d) indirizzare le attività editoriali della Federazione a livello nazionale.

Inoltre si riunisce quando ricorrono i presupposti di cui all'art. 7.

#### ART. 19 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

È composto da un Presidente, due membri effettivi e due membri supplenti, nominati dalla Assemblea anche tra persone non associate. La carica è incompatibile con quella di consigliere, dura tre anni ed è rinnovabile.

Ad esso spetta il compito di:

- a) controllare la gestione contabile della Federazione e effettuare accertamenti di cassa, redigere collegialmente la relazione sui bilanci preventivo e consuntivo da presentare all'Assemblea;
- b) vigilare sull'osservanza delle norme statutarie.

I revisori partecipano all'Assemblea che approva il bilancio ed hanno il diritto di assistere alle riunioni del Consiglio Direttivo.

#### ART. 20 IL COLLEGIO DI GARANZIA

È composto da tre soci, nominati dal Consiglio Direttivo.

Il Presidente del Collegio è membro di diritto del Consiglio Direttivo.

Cura le procedure, di cui all'art. 7, anche per le Federazioni regionali o interregionali.

Il Consiglio Direttivo può affidare altri compiti al Collegio di Garanzia con atti specifici.

#### ART. 21 L'UFFICIO DI PRESIDENZA

È presieduto dal Presidente e composto da Vicepresidente, Segretario Esecutivo, e due membri del Consiglio Direttivo scelti dal Presidente.

Ha il compito di curare la gestione ordinaria della Federazione

È di supporto al Presidente nelle decisioni. Dura in carica per tre anni, ma decade in caso di decadenza del Presidente stesso.

#### ART. 22 BILANCI

L'esercizio sociale va dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno. Alla fine di ciascun esercizio il Consiglio Direttivo procederà alla redazione del bilancio da presentare per l'approvazione, unitamente al programma delle attività per il nuovo esercizio ed al preventivo delle spese, alla Assemblea da convocarsi entro quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio. Dalla data di convocazione, bilancio e programma verranno depositati presso la sede della Federazione a disposizione degli associati che intendessero consultarli.

#### ART. 23 AVANZI DI GESTIONE

È esclusa la distribuzione di utili o avanzi di gestione nonché di fondi, riserve o capitale durante la vita della Federazione, salvo che la destinazione o la distribuzione siano imposte dalla legge. Tutte le cariche e le funzioni associative sono gratuite. Sono ammessi rimborsi per le spese sostenute per lo svolgimento di funzioni amministrative autorizzate dal Presidente.

#### ART. 24 COMMISSIONI E GRUPPI DI LAVORO

Il Consiglio può nominare Commissioni scegliendo i membri tra i Soci per l'attuazione di speciali programmi definendo compiti e funzioni. Il Consiglio Direttivo può istituire gruppi sovregionali di lavoro, allo scopo di organizzare soci interessati ad approfondire particolari tematiche. Il Presidente, sentito il parere del gruppo e del Consiglio Direttivo, nomina il coordinatore, che riferisce al Consiglio Direttivo almeno una volta all'anno sulle attività del gruppo. È obbligatoriamente costituita la sezione Formazione, con il compito di promuovere e organizzare le attività formative nel settore, rivolte ad associati ed interessati.

#### ART. 25 EMENDAMENTI

Per proposta approvata da almeno la metà più uno dei Soci Ordinari in prima convocazione assembleare e dalla maggioranza degli intervenuti in seconda

convocazione assembleare, il presente Statuto può essere emendato in tutto o in parte.

#### ART. 26 PATRIMONIO

Il patrimonio della Federazione è costituito da:

- a) beni immobili e mobili che diverranno proprietà della Federazione;
- b) fondi derivanti da eccedenze di bilancio;
- c) donazioni, legati, lasciti.

#### ART. 27 PROVENTI

I proventi con cui provvedere alla attività ed alla vita della Federazione sono costituiti da:

- a) quote associative;
- b) redditi dei beni patrimoniali;
- c) erogazioni e contributi di cittadini, enti pubblici e privati, società ed associazioni;
- d) eventuali entrate per servizi prestati dalla Federazione.

#### ART. 28 FEDERAZIONI REGIONALI

Ogni Regione Italiana o raggruppamento di due-tre Regioni può costituirsi in Federazione Regionale o Interregionale, ai sensi dell'art. 13.

##### 28.1 Soci

Possono far parte della Federazione Regionale i Soci Ordinari a livello nazionale. Le quote annuali possono essere versate dai soci sia sul c/c intestato alla federazione nazionale, sia su quello regionale. Le Federazioni Regionali trattengono il 70% sulle quote riscosse direttamente.

##### 28.2 Istituti e Cariche

###### 28.2.1 Presidente

È il rappresentante della Federazione Regionale. Viene eletto a maggioranza dal Comitato Direttivo e resta in carica tre anni. Può essere rieletto. Presiede le riunioni dell'Assemblea e del Comitato Direttivo.

###### 28.2.2 Segretario

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

###### 28.2.3 Comitato Direttivo

È composto da un massimo di nove membri eletti a maggioranza dall'Assemblea e resta in carica per tre anni. Ne fanno inoltre parte di diritto i membri del Consiglio Direttivo nazionale di quella/e Regione. Elegge il Presidente. Prende iniziative per l'organizzazione di manifestazioni scientifiche e culturali in ambito regionale.

###### 28.2.4 Assemblea

È formata da tutti i soci. Viene riunita dal Presidente almeno una volta l'anno. La riunione è valida se è presente la metà dei soci. In seconda convocazione, si procede a maggioranza.

Elegge il Comitato Direttivo. Approva il bilancio economico e i programmi scientifici e culturali futuri della Federazione regionale.

###### 28.2.5 Comitato Tecnico Scientifico

Il Comitato Tecnico Scientifico ha un Coordinatore nominato dal Comitato Direttivo ed è composto da un massimo di cinque membri.

Si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni:

- a) pareri sul programma di attività della Federazione Regionale;
- b) elaborazioni di proposte per lo sviluppo delle attività a livello regionale;
- c) pronunciarsi su argomenti che gli sono proposti dal Presidente e dal Comitato Direttivo della Federazione Regionale;
- d) indirizzare le attività editoriali della Federazione a livello regionale.

#### ART. 29 SCIoglIMENTO

La Federazione ha durata illimitata. In caso di scioglimento la Assemblea nominerà uno o più liquidatori che provvederanno alla liquidazione del patrimonio secondo le norme di legge. Quanto residuerà esaurita la liquidazione verrà devoluto ad altra associazione con finalità analoghe o a fini di pubblica utilità scelte dai liquidatori in base alle indicazioni fornite dalla Assemblea dei soci, anche secondo specifiche norme di legge.

#### ART. 30 RICHIAMI DI LEGGE

Per quanto non previsto dal presente statuto si intendono applicabili le norme di legge vigenti in materia di associazioni.

*Alcuni degli eventi formativi proposti dalla Federazione da maggio a novembre 2005.  
Le iniziative sono accreditate ECM per tutte le figure professionali dei servizi.  
Per ogni informazione rivolgersi alla segretaria organizzativa FeDerSerD  
EXPOPOINT: tel. 031748814 - fax 031751525 - e-mail federserd@expopoint.it*

**1° Meeting monotematico sulla Neurobiologia delle Tossicodipendenze  
“La neurobiologia nell’approccio terapeutico del tossicodipendente e dell’alcolista: una integrazione con psicoterapia e counselling”**

**Park Hotel Villa Fiorita - Monastier - Treviso, 26-27 maggio 2005**

Direttore dell’evento: Felice Nava - Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD

Evento a numero chiuso

**A Roma FeDerSerD Regione Lazio organizza, dall’8 al 10 giugno 2005**

**Il Congresso: “Le Dipendenze Patologiche: dalle evidenze scientifiche alla pratica clinica”**

Presidente del Congresso: Claudio Leonardi - Direttivo nazionale di FeDerSerD e coordinatore del Comitato scientifico nazionale

**A Castellammare di Stabia (NA) FeDerSerD Regione Campania organizza, dal 15 al 16 giugno 2005**

**Il Congresso: “Il ruolo dei Servizi per le Dipendenze tra alleanze terapeutiche, risorse professionali, vincoli innovativi”**

Presidente del Congresso: Antonio d’Amore - Direttivo nazionale di FeDerSerD

**A Lecce, il 24 giugno 2005, FeDerSerD Regione Puglia organizza**

**Il Congresso: “Poliabuso e polidipendenze”**

Presidente del Congresso: Roberto Cataldini - Direttivo nazionale di FeDerSerD

#### **PRIMO ANNUNCIO**

**Dal 23 al 25 novembre 2005 a Palermo, FeDerSerD organizza un Congresso Tematico Nazionale a partecipazione Internazionale sul tema “Cocaina e Poliabuso”**

Accanto al Direttivo nazionale e al Comitato scientifico nazionale, si è costituito un Comitato promotore regionale, coordinato dai dirigenti nazionali Giorgio Serio, Guido Faillace e Michele Ferdico

Sono stati pubblicati:

**FeDerSerD Informa n. 4** - gennaio 2005, dedicato alla posizione di FeDerSerD sulla revisione del DPR 309/90

**FeDerSerD Informa n. 5** - marzo 2005, dedicato alle conclusioni scientifiche del Master in Management e Comunicazione per Dirigenti di Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze, anni 2002/2004

(per copie riferirsi a EXPOPOINT, per la consultazione visitare il sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it))

**Ufficio di Presidenza**  
**Roma, 15 febbraio 2005**  
**Ore 15,00-19,00**

*Presenti: Alessandro Coacci, Guido Faillace, Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio, Antonio d'Amore*  
 Presiede: Coacci  
 Verbalizza: Lucchini

**1. Iniziativa SITD di Bari**

Si definisce la partecipazione della Federazione al Congresso di Bari della SITD. Si prende atto della nota del presidente SITD Gian Paolo Guelfi.

**2. Ampia discussione sulla attuale situazione nazionale, sulle nomine in consulta, sulla audizione odierna di FeDerSerD in commissione Giustizia e Igiene e Sanità del Senato sulle proposte di legge in materia di tossicodipendenze**

**3. Convocazione per giovedì 17 marzo 2005, ore 15.30, a Milano, del direttivo nazionale con il seguente ODG:**

- Nomina del Comitato Scientifico Nazionale.
  - Nomina del Collegio dei Revisori dei Conti.
  - Nomina componenti del Collegio Nazionale di Garanzia.
  - Calendario delle iniziative di formazione della Federazione.
  - Documento Politico Programmatico di FeDerSerD per il triennio 2005-2007: approvazione indice e costituzione commissione di lavoro specifica.
  - Proposta di commissione nazionale psicoterapia.
  - Conferenza nazionale TU 309/90: ruolo di FeDerSerD.
  - Analisi sul possibile ruolo della Federazione sul Tavolo Stato Regioni.
  - Fonti di finanziamento della Federazione e offerta economica segreteria nazionale e organizzazione congressi ed eventi.
- 4. Valutazione della Conferenza delle Regioni di Bologna del 7 e 8 febbraio 2005.**

La presenza della Federazione è stata attiva ed importante. Alcuni documenti licenziati sono in linea con le aspettative degli operatori, presenti numerosi sia del pubblico che del privato non profit. Dal punto di vista istituzionale utile è stato il confronto tra le Regioni presenti e il Cartello, su temi quali le risorse economiche regionali e il livello di integrazione tra sanitario e sociale.

**5. Convocazione del Tavolo di Alta Integrazione con CNCA e FICT: si procederà con gli argomenti più attuali. Verranno coinvolti i membri del direttivo nazionale in base agli argomenti in discussione.**

**6. Viene presentata dal consigliere d'Amore la proposta di un convegno regionale in Campania. Si valutano i tempi possibili, considerato il denso calendario di iniziative della Federazione. Si discute anche degli aspetti organizzativi del congresso definendo una procedura in armonia con le modalità organizzative nazionali.**

**NOTIZIE IN BREVE**

**FeDerSerD propone all'ARAN l'estensione alla dirigenza dell'art. 27 del CCNL**

*FeDerSerD ha portato al tavolo contrattuale con l'ARAN la richiesta di estendere alla dirigenza i benefici di cui all'art. 27 del contratto collettivo nazionale di lavoro 2002-2005 del personale del comparto sanità (sottoscritto il 19 aprile 2004). Ecco la nota depositata in data 21 marzo 2005 dal membro dell'Ufficio di Presidenza dott. Pietro Fausto D'Egidio a nome del Presidente nazionale*

- ▶ Alle Organizzazioni sindacali della Dirigenza S.P.T.A.
- ▶ Alle Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria  
 LORO SEDI

**Oggetto: Indennità Ser.T.**

La Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze nasce nel 2002 come organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze, Servizi di Alcologia e Dipartimenti delle Dipendenze, con un'attenzione ai professionisti del privato sociale nelle sue varie articolazioni. FeDerSerD conta oltre mille iscritti presenti in tutte le regioni italiane. Essa non è organizzazione sindacale, ma vuole occuparsi dei diritti e dei doveri degli operatori e delle istituzioni.

La maggioranza degli iscritti lavora presso le Aziende ASL di tutta Italia con variegate professionalità (medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, amministrativi, infermieri professionali, educatori professionali, ecc.) appartenenti sia all'area del comparto sanità sia a quella della dirigenza medica-veterinaria e sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

Le particolari condizioni di lavoro di detti operatori hanno portato ad un giusto e importante riconoscimento contrattuale.

Infatti l'art. 27 del contratto collettivo nazionale di lavoro 2002-2005 del personale del comparto sanità sottoscritto il 19 aprile 2004, prevede che, a decorrere dal 1.1.2003, venga corrisposta una indennità a tutto il personale addetto ai Ser.T., indipendentemente dal ruolo di appartenenza, per ogni giorno di servizio effettivamente prestato.

In vista della conclusione dei contratti della dirigenza medico-veterinaria e sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, si chiede, per parità di trattamento, l'inserimento di tale indennità anche per il personale dirigente in servizio presso i Ser.T.

Infatti, trattandosi di indennità legata all'ambiente di lavoro non si comprenderebbe una disparità di trattamento che, tra l'altro, potrebbe comportare un contenzioso non indifferente. Confermando la nostra disponibilità alla collaborazione, anche per una giusta applicazione dell'indennità contrattuale dell'area comparto (non in tutte le realtà locali essa trova corretta applicazione), si porgono cordiali saluti.

*Per il Presidente FeDerSerD  
 dott. Pietro Fausto D'Egidio*

## Audizione di FeDerSerD al Senato in merito ai disegni di legge in materia di tossicodipendenze

Martedì 15 febbraio 2005 una delegazione di FeDerSerD, composta dal Presidente e dal Segretario esecutivo, è intervenuta al Senato per un'audizione in Ufficio di Presidenza delle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Igiene e Sanità), allargato ai rappresentanti dei Gruppi Parlamentari.

Le tematiche all'ordine del giorno erano attinenti ai disegni di legge nn. 2953, 44, 488, 987, 1113, 1322, 2599, 2922, 2985.

Nove sono infatti le proposte in discussione, tra cui quella governativa (2953).

Dopo una breve introduzione del Presidente Alessandro Coacci, che ha illustrato le caratteristiche e le finalità di FeDerSerD, il Segretario nazionale Alfio Lucchini ha svolto il suo intervento sulle seguenti direttrici:

- premessa sulla realtà dell'abuso e dipendenza, come incontro tra persona - sostanza - contesti d'uso.
- Necessità di un esame approfondito e realistico della possibilità nel nostro Paese e nella nostra società di applicare con normative intenzioni di ordine pedagogico.
- Necessità di attenta verifica scientifica rispetto ad affermazioni che vengono date per provate e non lo sono affatto (dalla equiparazione delle droghe, ai determinanti della vulnerabilità, alla lettura della efficacia di certe sperimentazioni).
- Avversione a scelte economicistiche e ad etiche esasperate a favore di valutazioni anche a tutela della collettività nell'approccio ai "comportamenti" individuali.

- Richiamo sui rischi gravi, in atto nel Paese, di penalizzazione del sistema di intervento pubblico e privato non profit, con segnali di vero smantellamento dei servizi.

Lucchini ha proseguito entrando nello specifico di alcuni punti della proposta Fini, argomentando in senso critico sulla estensione della diagnosi e certificazione a tutti gli autorizzati, contestando i presupposti adottati allo scarso ricorso alle Comunità terapeutiche in Italia, stigmatizzando con argomenti scientifici il tentativo di limitare l'utilizzo corretto dei farmaci sostitutivi.

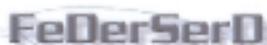
Ha poi sottolineato la carenza di riferimenti alla valutazione degli interventi e alle risorse finanziarie ed umane necessarie nella proposta di legge governativa.

Infine ha ribadito alcuni cardini della politica di FeDerSerD:

- garanzia dei LEA su tutto il territorio nazionale.
- Costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze in ogni ASL come regia del sistema.
- Valorizzazione del coordinamento nazionale offerto dal Dipartimento per le Politiche Antidroga.
- Necessità di avere il fondo della legge 45 distinto dal fondo nazionale per le politiche sociali.

Il Presidente sen. Caruso e il sen. Zancan sono intervenuti con osservazioni specifiche.

La delegazione ha depositato la documentazione che FeDerSerD ha prodotto sulle proposte di modifica al DPR 309/90.



**Sede legale:** Viale Matteotti 72, 58100 Grosseto

**Presidente Onorario**  
Rita Levi Montalcini

**Direttivo Nazionale**  
Alessandro Coacci (Presidente),  
Guido Faillace (Vicepresidente),  
Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),  
Luciana Bacci (Tesoriera),  
Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,  
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,  
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,  
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,  
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,  
Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,  
Giorgio Serio

**Comitato Scientifico Nazionale**  
Claudio Leonardi (coordinatore),  
Ezio Manzato (coordinatore),  
Giorgio Serio (coordinatore),  
Gilberto Gerra, Fabio Mariani, Pier Paolo Pani,  
Antonio Mosti, Felice Nava, Vincenzo Marino,  
Roberto Calabria, Clara Baldassarre, Michele Ferdico

### 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. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - **CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- 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 2005 - 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2005 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 \_\_\_\_\_