8/2003
Anno II - IV trimestre

Sommario

Il contributo sociale di una società scientifica del settore delle dipendenze patologiche
Alfio Lucchini 1
A proposito del decreto di revisione del DPR 309/90
Maurizio Fea 2

CONTRIBUTI SCIENTIFICI/ DIBATTITI E RICERCHE

La valutazione del trattamento riabilitativo. Metodologia e strumenti
Pietro Fausto D'Egidio 5
Droghe leggere o droghe pesanti?
Michele G. Sforza 11
Le procedure operative per la scelta del trattamento comunitario residenziale, con attenzione alla doppia diagnosi
R. Sassi, S. Faustini, E. Manzato 15
L'acido gamma-idrossi-butirrico (GHB) come farmaco
Gilberto Gerra, Amir Zaimovic 23
I toni e le sfumature della cura
M. Arianti, A. Bellanova, M.L. Buzzi, A. D'Anisi, C. De Rossi, S.M. Miazzo, D. Pisoni, F. Possidente 31
Sex Addiction Inventory: un questionario per la rilevazione della dipendenza da sesso
F. Avenia, A. Pistuddi, M. Titta, M. Catucci 36
La prevenzione nei grandi raduni illegali
Luca Biffi, Barbara Lamera 39

LEGISLAZIONE

Il Direttivo nazionale di FeDerSerD sul disegno di legge Fini 13
Una proposta emendativa alla Finanziaria 2004 13

FeDerSerD/FORMAZIONE

Seminari di formazione 28
Secondo Congresso Nazionale di FeDerSerD 28
Convegno Interregionale FeDerSerD di Puglia e Basilicata 28
Convegno tematico - Le Forme della Integrazione, Milano 29

ORGANIZZAZIONE

Il sociologo nei Ser.T.: quale futuro?
Goffredo Miano 34
FeDerSerD: Assemblea e Direttivi 46
FeDerSerD: bilancio di un anno 47

LETTERE

Ricordo di Lorenzo Bignamini 48

RECENSIONI

FeDerSerD
Manuale delle urgenze ed emergenze... 4
Istituto Superiore di Sanità
I servizi e le sostanze ricreazionali 14

NOTIZIE IN BREVE

Ipotesi rinnovo CCN Comparto Sanità 28
Incontro delegazioni SITD e FeDerSerD 30
Master universitario in riabilitazione, Milano 44

FrancoAngeli

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

Il contributo sociale di una società scientifica del settore delle dipendenze patologiche

Ci dobbiamo interrogare su quale debba essere il contributo che una società scientifica come FeDerSerD, può e deve offrire alla società.
Non si può pensare che la somma di una serie di "verità scientifiche" si trasformino quasi meccanicamente in conseguenti atti legislativi. Infatti il mondo politico ha un compito molto difficile e delicato: deve coniugare le conoscenze acquisite con il "comune sentire" delle persone. Il decisore politico deve avere le capacità ed essere guidato da una forte carica etica nel far incontrare le analisi e i risultati della ricerca scientifica con quelle che sono le rappresentazioni sociali legate all'argomento di cui si sta occupando.
Tutti possiamo assistere, anche in questi tempi, ad un uso strumentale e parziale della produzione scientifica. Perché il politico sembra non tenere in considerazione le conoscenze scientifiche basilari, universalmente accettate, sulla tossicodipendenza e sembra non assumere decisioni conseguenti? Quale è il rapporto tra certe scelte e decisioni politiche e la conoscenza scientifica? Quale è l'apporto che oggi in Italia le società scientifiche possono offrire al decisore politico? Cosa è in grado di valorizzare il decisore politico delle conoscenze scientifiche? Quali possono essere le conseguenze di decisioni politiche prese in contrasto con le conoscenze acquisite?
FeDerSerD è una parte di questa società e ha l'ambizione di essere una parte della comunità scientifica.
Lo è in un contesto di disinteresse di molte componenti preposte a fare cultura, e questo in un settore, quello delle tossicodipendenze, che è ulteriormente caratterizzato da una grande distanza tra le evidenze scientifiche e la rappresentazione sociale.
Per questo motivo nel nostro settore più che in altri dovrebbe essere di grande importanza svolgere il ruolo della divulgazione scientifica.
Attraverso questo ruolo le società scientifiche possono sperare di fare la loro parte incidendo nella modifica della rappresentazione sociale che è tanto ancorata ad archetipi e a paure.
La comunità scientifica internazionale ha oramai acquisito una numerosa serie di conoscenze sulla dipendenza da sostanze e a partire da queste offre la possibilità di curare i tossicodipendenti in maniera seria, di fare quindi una medicina basata sulle evidenze.
Dobbiamo avere il coraggio di fare pilastro delle conoscenze scientifiche ormai acquisite e certamente provate nel settore delle dipendenze patologiche.
La recente presentazione del "DDL Fini" di revisione del TU 309/90 non è aliena dalle considerazioni fatte prima: "Mission" e il sito www.federserd.it sono a disposizione per avviare una riflessione insieme.
Già nelle pagine che seguono proponiamo una serie di riflessioni e di prese di posizione su temi di assoluta attualità.

Alfio Lucchini
Responsabile di Redazione

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO IV, 2003 - N. 8

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale
Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

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

Responsabile di Redazione
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione
Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

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

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano

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

Chiuso in redazione il 1° dicembre

Edizione fuori commercio
Tiratura: 5.000 copie

EDITORIALE

A proposito del decreto di revisione del DPR 309/90

*Maurizio Fea**

La proposta di revisione del DPR 309/90 si presenta come un testo con poche luci e molte ombre.

Vediamo prima quelle che potrebbero essere le luci se correttamente attuate.

L'istituzione del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio, così come configurato nella proposta con i poteri di coordinamento ed indirizzo previsti, potrebbe costituire una istanza di salvaguardia delle funzioni e dei compiti della sanità pubblica nel settore delle dipendenze.

Questa fase storica vede profilarsi e da alcune parti anche attuarsi, pesanti scelte di disarticolazione dei servizi che conducono al processo di esternalizzazione della sanità verso soggetti privati profit e non profit, condotto in alcune Regioni.

Il condizionale è d'obbligo perché come la storia ci ha ampiamente dimostrato, i tentativi dello Stato di proporre politiche coordinate, sostenute da analisi e studi scientifici, verificate con il monitoraggio accurato e tecnicamente corretto della evoluzione dei fenomeni, sono sempre miseramente naufragati e sommersi sotto il peso dei compromessi, delle scelte ideologiche, del sostanziale disprezzo del metodo scientifico quando non era asservito ad interessi di bottega.

Non siamo così ingenui da pensare che scienza ed esperienza non debbano pagare un tributo al ruolo di mediazione della politica per poter essere ascoltate e tradotte in indirizzi e scelte operative, ma ci pare che questo contributo non sia quasi mai stato richiesto e tantomeno ascoltato.

Perciò il condizionale può essere risolto solo con la scelta degli uomini giusti, professionalmente competenti, meno asserviti agli interessi di bottega e disposti a contenere almeno una parte del proprio necessario narcisismo, per mettersi al servizio di un progetto politico che riconosca finalmente la qualità tecnica e professionale necessaria a qualificare un settore della sanità e del sociale, rimasto sino ad ora terreno di scorribande ed incursioni da parte di chiunque poteva vantare amicizie e collusioni con il politico di turno.

Vediamo ora le ombre e gli angoli bui.

La proposta di revisione del DPR 309/90 nasce come tentativo di arginare ope legis lo strabordare ed il diffondersi di comportamenti di addiction chimica, trascurando tutte le questioni legate all'addiction non chimica (gioco d'azzardo patologico per esempio, sul quale il legislatore si troverebbe in un drammatico conflitto di interessi, così come per il fumo di nicotina o per il consumo di alcolici) rinforzando in senso repressivo tutti gli articoli che nell'ordinamento attuale stabiliscono i limiti e le sanzioni per i trasgressori.

L'intenzione del legislatore è evidentemente quella di affermare l'inammissibilità di certi comportamenti e anche la loro estraneità culturale rispetto ad un ideale di società tutto da ripristinare.

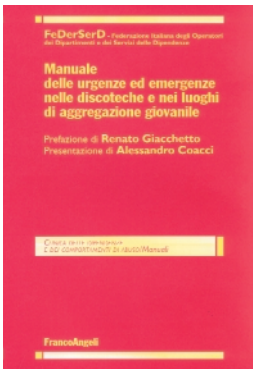
Non c'è spazio per affrontare anche questa questione della palese discrepanza tra l'intenzione pedagogica contenuta nel dispositivo di revisione e le condizioni fattuali della sua applicabilità in contesti sociali dove domi-

* *Direttivo Nazionale FeDerSerD.*

na e viene alimentata la produzione di stili predatori, dissipativi, edonistici e competitivi, che come dovrebbe essere a tutti noto, costituiscono il fattore di vulnerabilità sociale più importante in rapporto alle condizioni biologiche degli esseri umani.
Limitiamoci a considerare la questione del rapporto tra diritti dell'individuo e della collettività e tra le istanze di tutela che sono espresse da entrambi i soggetti.
Il rapporto tradizionale tra tutela e diritti si sta caratterizzando sempre più come relazione tra soggetti che richiedono non solo tutela, rassicurazione, certezza della cura, competenza, ma riconoscimento di identità come soggetti, prima che come malati, o come soggetti malati.
Essi non si ritengono più vittime dell'ordine biologico, rassegnati nei limiti e nei vincoli di un destino ineluttabile, ma uomini che rivendicano di poter decidere, nelle possibilità che la scienza offre, il proprio destino individuale, nelle cornici giuridiche e normative che tali diritti cercano di definire e contestualizzare.
Questo comporta quindi una maggiore complessità di punti di vista sulla responsabilità terapeutica e sui contesti normativi della cura.
Sappiamo che la definizione di tossicodipendenza rinvia almeno a tre parametri: quello biomedico, quello sociale e quello individuale.
Ma se la definizione di tipo biomedico presuppone la costruzione di un paradigma, gli altri due (sociale e individuale) presuppongono criteri di rilevanza di senso che sono frutto di percorsi e traiettorie multicentriche in cui gli elementi simbolici, biografici, culturali risultano predominanti rispetto alle considerazioni e alle procedure di tipo biologico o scientifico.
Affrontare questi parametri oggi, con tutti i cambiamenti che stanno avvenendo sotto il profilo culturale politico e sociale, sia riguardo alle droghe, sia in relazione allo statuto di malato e di malattia, nonché del sistema della cura, vuole dire considerare la domanda di senso valoriale che proviene dal campo sociale e politico non solo e non tanto per soddisfare vocazioni normative, quanto per capire se e come sia possibile la coesistenza tra l'ambito dei diritti individuali e collettivi e il dominio sempre più ampio delle diverse modalità di conservazione della salute.
La questione del consumo di sostanze e quindi della sua liceità o impossibilità, si colloca esattamente all'incrocio tra questo diritto, sempre più esteso e sollecitato, di provvedere alla conservazione della propria salute secondo le preferenze individuali, con le modalità ritenute migliori, e tra il diritto della collettività di stabilire norme che nel riconoscere tale possibilità, ne definiscano contestualmente anche i confini.
Qui dovrebbe intervenire la scienza, il sapere professionale, ad illuminare il legislatore nella definizione dei confini, ma nella proposta di revisione, quello che appare è solo un rozzo tentativo di rendere più forte e cogente la sanzione, senza minimamente interrogarsi se sia possibile fare coesistere la necessità di tutela del singolo e della collettività con l'esigenza di contrastare la deriva grave e patologica di certi comportamenti.
Questo è il vero nodo del problema e non se si possa o meno mantenere la distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti, perché **è dal rapporto tra l'uomo, le sostanze, le circostanze e le ragioni di uso che nasce la pericolosità**.
Negare questo assunto basilare, conduce agli errori estremistici che polarizzano l'attenzione solo sulle sostanze, sulle loro caratteristiche chimiche e sui loro effetti, per definirne la liceità d'uso, i limiti, e le sanzioni.
Il paradigma esemplare della tutela all'interno del quale l'uomo è definito quale vittima di un ordine biologico che lo condanna al male e alla morte, con la medicina che assolve la sua funzione di tutela da questo male, è messo in crisi dalla irruzione di inediti diritti di sopravvivenza, dalla richiesta individuale e collettiva di sottrarsi all'ordine biologico, o di confrontarsi in totale autonomia con esso e le sue conseguenze.
Da qui il conflitto tra paradigma della tutela e cultura dei diritti del singolo e della collettività, ma oggi la tolleranza deve assumere una connotazione etica, alla ricerca di nuove convenzioni morali che sappiano conciliare il diritto alla salute in favore della comunità con il diritto alla salute della persona.
Bisogna anche dire che la cultura del diritto è una "cultura dell'innocenza" o quanto meno è sostanzialmente decolpevolizzante.
Esemplare da questo punto di vista tutto l'impianto legislativo sia dell'attuale DPR 309/90 che della proposta di revisione.
Entrambe trasformano ciò che viene inizialmente definito come reato, in diritto/dovere alla cura, sebbene nella revisione questo concetto venga fortemente esaltato a favore del dovere in modo proporzionale all'intensificarsi della pena.
Qui si apre un altro forte interrogativo alla luce del quale va letto il secondo punto chiave dell'impianto di revisione, ovvero l'estensione del diritto alla certificazione e alla diagnosi per tutti i soggetti iscritti all'albo delle strutture private (art. 116).
Lo scopo evidente è quello di spostare la centratura delle possibilità di cura dai Ser.T. alle Comunità, ritenute, almeno alcune, come lo strumento reale di applicazione della intenzione pedagogica del legislatore.
Si potrebbero fare infinite osservazioni sulla assoluta indimostrabilità di questo assunto, ma lasciamo ad altri questo compito, soffermandoci invece sulle possibili conseguenze di questo spostamento.
Esso infatti potrebbe rivelarsi totalmente fallimentare ai fini di aumentare l'utenza delle Comunità, perché contrariamente a quanto viene sostenuto da alcuni leader mediaticamente carismatici e accreditati dai loro referenti politici, il ridotto afflusso di persone in Comunità non dipende dal fatto che i Servizi pubblici con le loro terapie farmacologiche inibiscono i processi di maturazione che dovrebbero condurre tutti i tossicodipendenti in Comunità.
Piuttosto dal fatto che generalmente i tossicodipendenti non gradiscono affatto l'idea di trascorrere un certo periodo della loro vita in ambienti dove talora chi pre-

tende di insegnare loro a vivere bene, fatica a considerarli in primo luogo persone sofferenti, vittime di un ordine biologico alterato, ma solo soggetti colpevoli da rieducare.
Nel caso invece che lo spostamento della centratura riscuota un certo successo, grazie alla forza della convinzione normativa e dei suoi deterrenti applicativi, si apre uno scenario che dovrebbe interrogare in primo luogo il decisore politico ed il tecnocrate della sanità.
Infatti in ultima analisi, anche l'innocenza o la colpevolezza, la penalizzazione o la depenalizzazione e la redenzione, finiscono con l'essere variabili di un rapporto costi-utilità, variabili di un punteggio a misura delle priorità.
È evidente a tutti come la previsione sottesa al dispositivo di legge, di inviare il maggior numero di persone possibile in Comunità, determinerebbe una enorme dilatazione della spesa sanitaria, senza che vi sia stata alcuna previsione della sua efficacia.
In questo caso è evidente che le priorità sono definite dal politico e molto poco dall'economista, dal tecnico del settore, dall'esperto di diritto e di etica.
Sappiamo molto bene come non sia facile definire regole prescindendo dallo schema degli interessi e delle utilità, regolando le prestazioni sanitarie come variabili del diritto.
In medicina i diritti non possono escludere la valutazione della produzione dei risultati, siano questi riferibili al singolo o in generale.
Di converso i risultati sono talora insufficienti a giustificare una certa pratica, tuttavia ragionare per risultati ha il pregio di consentire il pensiero previsionale, per decidere pragmaticamente che cosa fare, sui risultati prevedibili delle azioni per la conservazione della salute.
Tutto questo aspetto della riflessione è totalmente assente nel dispositivo di revisione del DPR, il quale assume acriticamente che l'intervento pedagogico sia di per sé risolutivo della enorme complessità dei problemi determinati dall'uso patologico di sostanze, e soprattutto dubita in modo altrettanto acritico della efficacia dei trattamenti farmacologici sostitutivi, sottolineandone la pericolosità e tentando surrettiziamente di limitarne l'uso.
E questo nonostante il fatto che la sanità abbia sempre di più il problema di capire perché una cosa sia da preferire ad un'altra, e lo stesso problema dovrebbe essere posto al cittadino.
Un'azione di salute non può essere valutata solo come moralmente giusta o ingiusta, anziché come scelta preferibile, né ci si può esimere dal valutare prima di tutto le conseguenze, sapendo che ciò implica l'informazione dell'altro.
Questo vale anche per il decisore politico, soprattutto quando interviene a disciplinare materie complesse pretendendo di fare a meno del sapere esperto e professionale, o di sostituirlo con i suggerimenti di chi non intende far derivare le sue scelte dal valore intrinseco dei risultati.
Perciò se può essere condivisibile l'esigenza di disciplinare meglio l'attuale assetto normativo del settore, che appare poco soddisfacente anche alla nostra osservazione, non possiamo che essere critici verso il metodo ed i contenuti della proposta, ribadendo nel contempo la disponibilità alla collaborazione in un quadro trasparente di confronto su basi scientifiche e dottrinali.

RECENSIONE



FeDerSerD

Manuale delle urgenze ed emergenze nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile

Prefazione di Renato Giacchetto
Presentazione di Alessandro Coacci

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/ Manuali, direttore scientifico Alfio Lucchini
pp. 96, € 11,50 - cod. 231.2.1 (V)

Le discoteche, e i luoghi di aggregazione giovanile in genere, sono sempre più al centro dell'attenzione da parte dei media e delle istituzioni, sia come ambito privilegiato d'osservazione delle modalità d'incontro e dei comportamenti dei giovani, sia per i rischi che comunemente si ritengono associati al mondo del divertimento e della notte.
Il volume, curato da FeDerSerD, si propone – con un taglio operativo e un linguaggio preciso e accessibile – di approfondire gli aspetti sanitari delle situazioni d'emergenza ed urgenza che possono verificarsi nei luoghi d'incontro collettivo.
Oltre a soffermarsi sulle diverse droghe, sugli effetti e sui rimedi da attuare in caso di iperdosaggio ed effetti down, il manuale fornisce indicazioni essenziali per un primo e tempestivo intervento: la gestione dello shock, la gestione del paziente critico, i rischi dell'ipertermia, gli interventi su ferite, infezioni, emorragie e fratture sono alcuni dei temi affrontati dal manuale, con l'ausilio di illustrazioni esemplificative sulle tecniche da intraprendere.
Un manuale utile non solo per gli educatori e per coloro che operano nelle discoteche e nei luoghi aggregativi, ma anche per i giovani, in modo che siano in grado di prevenire, affrontare e gestire situazioni critiche e d'emergenza.
Un divertimento maturo e consapevole non può prescindere dall'attenzione per la salute.

FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) riunisce operatori dei Ser.T. e dei Servizi alcologici italiani [www.federserd.it]

La valutazione del trattamento riabilitativo. Metodologia e strumenti

Pietro Fausto D'Egidio[*]

"Le questioni di questo grande problema delle patologie della libertà non possono trovare risposte se non in grandi culture, in grandi movimenti culturali, di cui mi sembra si possa rimarcare, nei tempi che trascorriamo, la sostanziale assenza.
In assenza di questi grandi cambiamenti culturali credo che le nostre povere forze riusciranno a far poco per contrastare le patologie della libertà, ma questo poco è prezioso, è faticoso, e questo poco è difficile anche da identificare, ed è prezioso riuscire ad identificare quel poco che possiamo fare certamente sempre e comunque dentro i contesti più generali: guai se lavoriamo a professionalizzare le separatezze o a separare le professionalità.
Guai se andiamo a moltiplicare nell'infinita segmentazione delle professionalità l'incapacità di rispondere alle questioni della vita reale delle persone di cui stiamo parlando".

Franco Rotelli

Introduzione

Questo lavoro non intende essere esaustivo ma piuttosto illustrare una serie di punti strategici circa la valutazione dei risultati della attività terapeutica svolta per i pazienti affetti da eroinopatia e come questo rappresenti il primo punto per una più complessiva valutazione di costi/efficacia e costi/benefici.
Con queste premesse concentreremo quindi la nostra riflessione sulle metodologie utilizzabili e sugli strumenti che possono aiutarci in questo ed alla fine illustreremo alcuni casi specifici.
La valutazione dei risultati dei trattamenti richiede una esatta conoscenza della patologia che trattiamo, dei nostri programmi terapeutici e dei risultati che è possibile legittimamente aspettarsi.
È questo un presupposto indispensabile da precisare e soprattutto condividere nel nostro settore a differenza di tanti altri campi della medicina.
Infatti, nessuno pone in discussione che il risultato di una terapia per l'ipertensione sia la riduzione della pressione arteriosa, e del diabete la riduzione della glicemia e dell'Hb-glicosilata.
Ma quando si parla di eroinodipendenza i risultati desiderabili cambiano a seconda degli assunti epistemologici dell'osservatore.
Questi assunti, che concernono la essenza della dipendenza, vanno da un vizio ad un disordine comportamentale ad una malattia.
Si può discutere se la dipendenza è un problema medico, un peccato ovvero un comportamento appreso.
In questo lavoro non mi soffermo a discutere questi assunti condividendo le conoscenze, ampiamente documentate nella letteratura scientifica, che portano a considerare la dipendenza da sostanze come una malattia cronica recidivante (si vedano, ad esempio, i lavori di Kreek [24] e McLellan [1,2,3,4,27]).

[*] *Direttivo nazionale FeDerSerD, responsabile sito www.federserd.it.*

Quindi andiamo a trattare la valutazione dei risultati dei trattamenti di quella malattia cronica recidivante che è la dipendenza da sostanze, la tossicodipendenza da eroina nel caso specifico del nostro lavoro.
Un termine correntemente e correttamente usato definendo i trattamenti per le dipendenze da sostanze è "riabilitativi".
La parola "riabilitativo" pur se correttamente usata ha in sé implicito il rischio di una interpretazione ampia che sconfina nell'etnocentrismo culturale.
Infatti la rappresentazione sociale, in Italia in special modo, delle tossicodipendenze e della eroinodipendenza in particolare, dei tossicodipendenti e delle cure è fortemente legata al considerare la tossicodipendenza alla stregua di un vizio, il tossicodipendente un vizioso e le cure sostitutive la somministrazione della droga di stato.
Il trattamento viene visto, e ad esso è chiesto, di produrre come risultato, una volta completata la cura stessa, che quella persona non usi mai più alcun tipo di droga e non compia più alcuna di quelle azioni che consideriamo correlate e dipendenti da quel vizio: i furti e gli scippi, la prostituzione, il traffico di stupefacenti, il cattivo comportamento in famiglia, a scuola, nei rapporti sociali, l'abbandono del lavoro.
Qualsiasi reato uno commetta, qualsiasi comportamento non ortodosso egli assuma, se è un "drogato" allora, automaticamente, quella azione è considerata "conseguenza" dell'uso di droga e si genera la convinzione che se quella persona viene ben curata e quindi guarisce, una volta guarita non commetterà più quella azione e sarà quindi riabilitata.
Questa semplicistica equazione molto spesso non si rivela vera: ci sono persone che compiono reati o si prostituiscono prima di cominciare ad usare droghe, oppure che non hanno mai usato droghe, ovvero anche quando non stanno usando droghe.
Semplicemente perché è il loro modo di stare in società.
Il fine, l'obiettivo, l'outcome di un trattamento terapeutico, comunque lo si sia potuto definire per quel paziente, non è e non può essere quello di renderlo ligio ed omogeneo alla cultura dominante.
Se appartiene ad una sottocultura (nel senso proprio della antropologia strutturale [Levi Strauss, *Razza Storia e altri studi di antropologia*, Einaudi]) è giusto che il terapeuta la rispetti.
Consideriamo i seguenti due casi:

- Faccio un trattamento riabilitativo per la frattura di un ginocchio.
- Faccio un trattamento riabilitativo per la dipendenza da eroina.

Molti più elementi possono essere impliciti nel concetto di "trattamento riabilitativo" in questo secondo caso.
Se un ladro d'appartamento si è fratturato il ginocchio scappando nessuno pensa che il trattamento riabilitativo non abbia avuto successo se continuerà a rubare e magari a farsi ancora male, anzi!
Se è un eroinomane il trattamento riabilitativo ha successo solo se, oltre a non usare più droghe per il futuro, lo porta a cambiare stile di vita, amicizie, comportamenti ecc. "*per sempre*".

Ma questo in molti casi non è possibile.
Abbiamo detto che possiamo considerare la eroinodipendenza una malattia cronica recidivante.
L'aggettivo cronico già di per sé ha delle implicazioni considerevoli.
La dipendenza, comunque la si voglia considerare, – malattia, vizio, peccato –, è comunque evidente a tutti, rappresenta una condizione cronica nella maggior parte dei casi.
Purtroppo quando l'opinione pubblica considera i risultati dei trattamenti di altre condizioni croniche giunge per tutte ad altre valutazioni che non quando si riferisce ai trattamenti delle dipendenze.
Infatti tutti accettano che la riduzione della pressione arteriosa sistemica o della glicemia sono la prova che quelle cure hanno avuto successo.
E se il paziente sospende le cure e la pressione arteriosa o la glicemia risalgono questa è una ulteriore riprova della efficacia delle cure che sono state sospese.
In questi casi si sono poste a confronto determinate condizioni cliniche prima, durante e dopo la cura.
Ed il successo di una cura è legato alla sua efficacia nel periodo in cui viene assunta.
Non si chiede a questi farmaci di continuare ad essere efficaci dopo mesi dalla cessazione della terapia.
Il paradigma della terapia di una malattia acuta è esattamente il contrario.
Il paziente ha una polmonite, viene curato con l'antibiotico appropriato, la polmonite guarisce e quindi, dopo, non ha più bisogno di prendere farmaci per vivere libero da quella polmonite.
La rappresentazione sociale della tossicodipendenza non accetta questa evidente condizione di "cronicità" che è peraltro sotto gli occhi di tutti sia per la eroinodipendenza che, per esempio, per il tabagismo.
Non è di nessun interesse per l'opinione pubblica se, *durante* i trattamenti, l'eroinomane riduce o abolisce l'uso di droghe, riprende a studiare, a lavorare, ad occuparsi dei figli. Si considerano solo le condizioni pre e post trattamento, magari 12 mesi dopo la sospensione delle cure.
E se il paziente ricade questa è la "prova" che la "terapia" non ha funzionato.
Purtroppo nella cura della eroinodipendenza non esistono, a mia conoscenza, trattamenti capaci di correggere alcune anormalità biologiche, risolvere condizioni di psicopatologia, promuovere strutturalmente nuovi comportamenti e generare contestualmente nuove opportunità sociali.
Qualsiasi combinazione di interventi medici (counselling e/o terapie farmacologiche), di azioni dei servizi sociali, di psicoterapia non riescono, nella stragrande maggioranza dei casi, a rimuovere alla radice per ciascun paziente le cause della dipendenza, né quelle biologiche, né quelle sociali e non riescono a determinare risultati duraturi nel tempo.
Più realisticamente i trattamenti farmacologici, di counselling, sociali, psicologici, residenziali o ambulatoriali, non sono in grado di eliminare il "vizio, il problema" o la "malattia tossicodipendenza" ma, nella maggior parte dei casi sono in grado di ridurre il numero e la severità dei sintomi e migliorare la qualità di vita delle persone fintanto che esse rimangono in trattamento.
Sono passati più di 20 anni da quando ho preso in cura il primo eroinomane. Il mese passato è tornato al Ser.T. un paziente che era stato curato la prima volta 26 anni fa.
La mia esperienza e quello che ho imparato dalla letteratura scientifica dicono, concordemente, che la ricaduta nell'uso di droghe è molto alta, qualsiasi trattamento terapeutico il paziente abbia svolto.
McLellan in un editoriale [2] sottolinea come sia diffuso, ed errato anche dal suo punto di vista, aspettarsi che dopo la cura, dopo un trattamento riabilitativo, il tossicodipendente non ricada più nell'abuso o nella dipendenza.
Molti medici pensano che i trattamenti sanitari non sono appropriati e/o efficaci per trattare la dipendenza da sostanze.
Infatti dal 40 al 60% di pazienti trattati per dipendenza da alcol o da altre droghe ricade nell'uso della sostanza entro 1 anno dalla fine del trattamento [50-52].
Tutto questo accade, come abbiamo gia detto, quando si ha un approccio alla dipendenza da sostanze come se si trattasse di una malattia acuta e non invece, come è, una malattia cronica.
Alcuni autori [53] hanno descritto come la terapia con metadone è utile per ridurre l'uso di eroina, per ridurre i crimini e la diffusione delle malattie infettive.
Non ci sono cure sicure per la dipendenza da droghe e i pazienti che seguono anche un programma di counselling ed educazionale oltre ad usare i farmaci sostitutivi hanno dei risultati migliori che perdurano per almeno 6-12 mesi dopo la sospensione del trattamento [54-57].
I risultati favorevoli si mantengono nei pazienti che rimangono in trattamento con metadone.
Ad 1 anno dalla fine di un trattamento terapeutico studi di follow up [58] sono concordi nel mostrare che solo il 40-60% dei pazienti continua ad essere astinente dall'uso di droghe sebbene di quelli che riprendono l'uso il 15-30% riprendono un uso di droga senza arrivare alla condizione clinica di dipendenza.
I fattori più importanti in grado di predirre una ritenzione in trattamento ovvero la ricaduta nell'uso di sostanze dopo il trattamento sono uno stato socio economico basso, la presenza di patologie psichiatriche correlate, e la mancanza di supporto sociale o familiare.
Molti dei problemi sociali maggiormente disturbanti e costosi sono direttamente riconducibili alla dipendenza da droghe.
Per tale motivo l'opinione pubblica vede la dipendenza da droghe principalmente come un problema sociale che richiede interventi legislativi in termini di repressione piuttosto che come un problema di salute che richiede interventi di prevenzione e di trattamento.
Questo punto di vista è condiviso anche da molti medici e operatori sanitari che pertanto rifiutano di affrontare il problema della dipendenza da sostanze con i loro pazienti [3].
Nella rappresentazione sociale della tossicodipendenza non è contemplato un elemento da cui derivano implicazioni importanti: non tutte le persone tra coloro che usano droghe diventano dipendenti [3].
Tuttavia, una volta che la dipendenza da droghe si è instaurata c'è un persistente e significativo cambiamento nella biochimica e nella funzione del cervello.
Non è ancora possibile capire quali siano i processi fisiologici e psicologici che trasformano un uso volontario e controllato di droghe in un uso compulsivo, in una dipendenza incontrollata e involontaria.
Studi su gemelli omozigoti dimostrano un ruolo della ereditarietà.
Le scelte personali e i fattori ambientali sono chiaramente coinvolti nella espressione della dipendenza.
Oltre 100 trial sui trattamenti dell'addiction dimostrano che essi determinano una significativa riduzione dell'uso di droghe, un miglioramento delle condizioni di salute ed un miglioramento della patologia sociale conseguente all'uso di droghe, ma questi trattamenti non conducono alla guarigione della patologia stessa [50,52,54-60].

Esistono dei pazienti in terapia con metadone cosiddetti "non responders". Questi pazienti, nonostante un trattamento terapeutico corretto continuano un uso regolare di eroina e.v.
Studi specifici [5] non sono riusciti a trovare elementi capaci di caratterizzare questi pazienti (23% di pazienti con un uso di eroina in almeno dieci giorni negli ultimi 30) all'interno del gruppo in trattamento: essi si distinguono solo per l'uso continuo di droghe da strada mentre non differiscono in alcuna delle 7 aree indagate dall'ASI.
Sono un gruppo particolarmente a rischio; se allontanati dalla terapia hanno un tasso di mortalità ad 1 anno che Zanis [61] ed altri hanno valutato nella misura del 12%.
In un interessante studio della Kraft [7] si valutano i risultati di tre diversi programmi terapeutici con metadone anche in rapporto ai costi/efficacia e costi/benefici.
I tre programmi erano caratterizzati come segue:
– terapia farmacologica con metadone + 1 sessione di counselling al mese;
– terapia farmacologica con metadone + 3 sessioni di counselling a settimana + un supporto psicologico;
– terapia farmacologica con metadone + 7 sessioni di counselling a settimana + trattamenti medici, di supporto sociale e terapia familiare in sede.

Gli autori concludono che il miglior trattamento nel rapporto costi/efficacia quando si consideri la capacità di prevenire le ricadute a 6 mesi dalla sospensione del trattamento è il programma n. 2.
È interessante notare come anche in questo lavoro la misurazione dei costi è limitata ai soli costi per la realizzazione del programma.
McLellan, in uno studio analogo sottolinea che la intensità del supporto sociale al trattamento farmacologico con metadone è direttamente proporzionale alla qualità dei risultati [10].
Lo stesso autore inoltre dimostra che la assegnazione di un operatore di riferimento responsabile del singolo caso clinico [4] migliora la qualità della prestazione e dei risultati.
Anche la psicoterapia, in soggetti selezionati in trattamento con farmaci sostitutivi, migliora i risultati [28].
Riteniamo che i risultati dei programmi terapeutici per i malati di eroinismo possano tutti essere ricompresi nei seguenti:
– ritenzione in trattamento;
– riduzione/cessazione uso della droga primaria;
– riduzione/cessazione uso di altre droghe;
– reinserimento sociale, familiare, lavorativo, studio, relazionale;
– riduzione/abolizione atti criminali commessi per procurarsi droga;
– riduzione/abolizione prostituzione realizzata per procurarsi droghe;
– riduzione/abolizione overdose;
– riduzione mortalità correlata all'uso di droghe;
– riduzione/abolizione MTS, HIV, HBV, HCV;
– riduzione/abolizione di altre patologie correlate alla droga;
– riduzione/abolizione condizioni di disagio psichico;
– riduzione/abolizione della mancata cura della persona.

La capacità di raggiungere questi obiettivi in tutto o in parte dipende da molti fattori:
– livello di motivazione al cambiamento;
– "marginalità dura";
– preesistente attività criminale;
– stato socio economico basso;
– presenza di patologie psichiatriche correlate;
– mancanza di supporto sociale o familiare.

Per una corretta valutazione dei risultati è necessario:
– che essa si basi su dati verificabili;
– che la raccolta dei dati sia sistematica nel tempo e riguardi tutti o la maggior parte dei pazienti.

Inoltre i dati da utilizzare debbono essere disponibili perché sono serviti nel corso della gestione e della realizzazione delle attività del servizio e non perché è stato attivato un processo di produzione di dati il cui scopo principale se non l'unico è quello di fare valutazioni e/o analisi dei costi. In questo secondo caso è facile che il processo si interrompa.
Con una metafora possiamo dire che "i dati per la valutazione non debbono costare".
Una volta impostata una coerente attività di valutazione dei risultati si può cercare di avviare una analisi dei costi spesi per ottenere i risultati documentati.
Non è una operazione facile.
La valutazione ha dei costi: bisogna vedere quanto si vuole spendere per ottenere cosa.
Molti gruppi non sono tecnicamente preparati per realizzare una analisi dei costi e sono disponibili poche informazioni di facile uso per realizzare tale analisi.
Gia nel 1982 Hodgon e Meiners delinearono una metodologia per stimare i costi di una malattia.
Essi definirono tre capitoli principali:
– costi diretti (costi sanitari per la diagnosi e la terapia della patologia presa in esame e per le conseguenze mediche della stessa, spese non mediche determinate dalla malattia quali i costi della legge e quelli delle carceri);
– costi indiretti derivanti da perdita di produttività;
– costi psicosociali.

Il Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP) [6] è un metodo operativo ed efficace per fare una stima dei costi dei programmi di trattamento che viene perfezionato dal 1992.
Le procedure di analisi dei costi economici possono essere usate nell'ambito dei programmi di trattamento per la valutazione e la progettazione interne [8]. Esse debbono anche tener conto delle risorse impegnate e non contabilizzate in un controvalore finanziario negli interventi no-profit e a valore aggiunto di prestazioni volontarie.
Negli ultimi anni le valutazioni economiche intese come studi analitici che comparano costi e risultati in rapporto alle risorse investite [9] diventano sempre più importanti ed anche moralmente accettate.
Peraltro queste analisi spesso non sono esaustive e quindi bisogna essere cauti nell'affidare ai loro risultati in maniera esclusiva o anche solo preponderante le scelte da compiere.
Mark documenta [11] che i costi negli Usa della dipendenza da eroina nell'anno 1996 sono stati di 21,9 miliardi di dollari.
Appare particolarmente interessante osservare la ripartizione di questi costi rispetto a 4 macroaree (tab. 1).
Il costo economico per la società conseguente alla dipendenza da eroina sollecita, come negli Usa anche in Italia, maggiori investimenti nei settori della prevenzione e dei trattamenti.

Tab. 1 - Costo della dipendenza da eroina negli Usa nel 1996

	In miliardi di dollari	*% del costo complessivo*
Perdita di produttività	11,5	53
Attività criminali	5,2	24
Cure mediche	5,0	23
Sicurezza sociale	0,1	0,5

L'eroina rappresenta solo una piccola parte (5%) di tutte le droghe illecite usate, ma essa è cosi fortemente capace di dare dipendenza e di essere devastante per l'individuo, che il suo costo relativo per la società è maggiore rispetto ad altre droghe come la cannabis.
L'alto costo sociale ed economico della dipendenza da eroina e le controverse politiche messe in atto per contrastarla (vedasi le terapie con farmaci agonisti degli oppiacei che pure rappresentano i trattamenti più efficaci disponibili), pongono in primo piano la necessità di valutare i costi e i benefici dei trattamenti disponibili per la eroinopatia [11].
Dal lavoro di Mark e collaboratori [11] si possono trarre una serie di dati molto interessanti.
Si stimano nel numero di 600.000 i consumatori problematici di eroina negli Stati Uniti.
Il 5% circa dei consumatori di droghe illegali usa eroina.
Il costo economico dell'uso di eroina è il 20% (21,96 miliardi di dollari × anno) del costo complessivo dell'uso di droghe illegali (109,8 miliardi di dollari × anno).
Secondo queste stime (che comunque appaiono misurate per difetto e non possono comprendere i costi intangibili) ogni consumatore problematico di eroina negli Usa costa 36.600 dollari per anno.
Ogni paziente eroinomane malato di AIDS costa 42.760 dollari per anno.
Appare negli studi di Mark che il trattamento con le terapie sostitutive è di grande utilità per i pazienti e per la società.
E, pur tuttavia, ci sono una serie di barriere importanti all'uso di questi trattamenti.
Tra esse si possono evidenziare:
– la scarsità di medici e altri professionisti della sanità competenti nella cura dell'eroinomane;
– una eccessiva quantità di regolamentazioni inutili;
– lo stigma e la fuorviante rappresentazione sociale correlate alla dipendenza da oppiacei.

Quando le analisi, soprattutto quelle di costo/benefici, scendono nel dettaglio diventano incerte.
Appare infatti difficile aggregare i numerosissimi parametri che appaiono all'orizzonte del ricercatore.
Un esempio lo troviamo nel tentativo di Bower [12] di valutare il rapporto costo/efficacia del counselling.
Rosenheck [13], in uno studio molto interessante, compara i costi della terapia con metadone nei servizi con quelli della terapia con buprenorfina/naloxone praticata dai medici di medicina generale.
Egli divide i costi in 6 capitoli:
– i costi diretti del farmaco;
– i costi per la somministrazione della terapia;
– i costi degli operatori deputati alla gestione clinica del caso;
– i costi del counselling;
– i costi degli ambulatori, delle strutture e del supporto amministrativo;
– i costi per il paziente.

L'analisi dei costi così effettuata documenta un minor costo della terapia con buprenorfina/naloxone effettuata presso i medici di medicina generale rispetto alla terapia con metadone gestita negli appositi servizi.
Con un controllo dei cataboliti degli oppiacei che oscilla tra 1 al mese e 1 alla settimana, il minor costo del metadone viene compensato ed anche superato dalla possibilità di un accesso settimanale invece di 6 e dal minor costo della struttura di cura.
Peraltro la valutazione dell'efficacia di queste due modalità di cura si differenzia in rapporto alle differenti caratteristiche di vari cluster di pazienti.
Per fare valutazione abbiamo bisogno di dati.
È necessario trovare il giusto equilibrio tra la quantità e qualità dei dati disponibili e la richiesta di produzione di dati da parte della struttura che eroga il servizio finalizzati esclusivamente alla valutazione.
In questo secondo caso i dati prodotti avranno un costo in termini di risorse destinate a questa produzione.
Risorse che saranno sottratte al compito proprio della erogazione del servizio. Inoltre se questi dati saranno sganciati dalla gestione delle attività del servizio saranno con maggiore difficoltà verificabili nella loro attendibilità e la motivazione degli operatori impegnati alla loro produzione sarà anch'essa di difficile gestione.
Peraltro è vero che una corretta e "agile" valutazione dei risultati avrà una ricaduta positiva sul servizio guidando un percorso di miglioramento continuo delle procedure e delle attività e permettendo di formalizzare il riconoscimento agli operatori dei risultati della attività svolta.
Per tutti questi motivi ci appare evidente che la implementazione di una attività di monitoraggio costante delle attività e di valutazione dei risultati conseguiti sia un elemento irrinunciabile per promuovere la qualità del servizio ed essa debba essere realizzata impegnando con intelligenza "le minori risorse possibili" da dedicare esclusivamente al fine di produrre i dati per la valutazione.
A questo scopo il software denominato Proteus e prodotto dal Ser.T. di Pescara nell'ambito del Progetto Obiettivo Regionale per le Tossicodipendenze e Alcoldipendenze è utile nella nostra esperienza.
Garnick e collaboboratori [14] descrivono i quattro tipi fondamentali di sorgenti di dati usati nella ricerca sui servizi deputati alla cura dell'abuso di sostanze: i rapporti delle organizzazioni, i dati medici, i dati prodotti per scopi specifici e i dati amministrativi.
La disponibilità di dati provenienti da vari ambiti consente di ottenere importanti risultati riducendo al massimo i costi aggiunti di produzione stessa dei dati. Per ottenere questi risultati è peraltro necessario che la produzione di dati nell'ambito di specifiche attività, come può essere la gestione informatizzata delle attività di un Ser.T., sia realizzata considerando la possibilità e la opportunità che i dati così prodotti siano utili anche in altri contesti.
A tal fine ricordiamo l'impegno di alcune strutture nazionali per la produzione di dati nei Ser.T. non più aggregati ma per singolo record e per ultimo in ordine temporale il progetto SET (Sorveglianza Epidemiologica per le Tossicodipendenze) affidato al CNR.
In vari contesti di ricerca si mettono a punto e si sperimentano tecniche di analisi statistica per la determinazione sempre più sensibile ed efficace della valutazione costi/benefici quali il NHB (Net Health Benefits) [15].
Si stanno mettendo a punto interessanti strumenti di analisi per comparare i dati stocastici di costo/efficacia di diversi programmi.
Le analisi economiche comunemente stimano gli incrementi dei costi e dei benefici che si ottengono usando differenti trattamenti sulla base delle migliori evidenze cliniche disponibili. Mason e collaboratori, in una riflessione molto acuta, distinguono i risultati di una valutazione costi/efficacia del trattamento dalla valutazione costi/efficacia della ricaduta che essa può avere sulle conseguenti decisioni politiche e quindi sulla implementazione del nuovo trattamento che risulta essere il migliore dal punto di vista tecnico [16].

Appare evidente che gli studi sui risultati dei trattamenti di una patologia cronica recidivante come la dipendenza da sostanze è quasi obbligata ad uscire dai laboratori o da contesti controllati per andare a cercare i dati in contesti di cura polimorfi e nella comunità più in generale dove le variabili in campo sono molteplici, a volte anche difficilmente identificabili, molto poco sotto controllo [19].
Una condizione questa che richiede un grande rigore metodologico.
Barnett [49] stima che l'accesso ai programmi di trattamento a mantenimento con metadone produca un incremento del rapporto costi/efficacia di 5.915 dollari per anno di vita guadagnato, quindi considerando solamente la sopravvivenza come misura dell'efficacia del trattamento.
La analisi non considera i costi sanitari, i costi indiretti per il paziente né i riflessi sulla qualità della vita.
Appare impressionante il dato circa il rischio di mortalità in questa coorte in studio: un eroinodipendente che ha accesso alle terapie con metadone ha un rischio di mortalità di 12 volte superiore rispetto ad un non dipendente di pari età; se non può disporre della terapia con metadone questo rischio sale a 63 volte.
In altri termini l'accesso alle terapie con metadone riduce il rischio di morte di un dipendente da eroina di 5,25 volte.
Reuter [39] documenta come, a fronte di una spesa di 25 miliardi di dollari negli Usa per gli interventi repressivi (su una spesa complessiva di 35 miliardi, pari quindi ad oltre il 70% dell'investimento complessivo), nessuna ricerca sia riuscita a dimostrare che questo impegno abbia determinato una riduzione sostanziale dell'uso di droghe o dei danni ad esso correlati (quali la diffusione dell'AIDS, il crimine, la violenza, la corruzione).
C'è un grande dibattito circa le metodologie più opportune per giungere alla migliore stima possibile dei costi indiretti delle malattie.
Nel suo lavoro Koopmanschap [38] pone a confronto due diversi metodi per calcolare questi costi: l'uno stima il valore potenziale della perdita di produttività conseguente alla malattia, l'altro introduce l'importanza del livello di scarsità di lavoro nell'economia.
Il ruolo della stima dei costi indiretti delle malattie è molto dibattuto.
Molti studi che stimano i costi indiretti usano l'approccio riferito al capitale umano.
Questo metodo stima il valore della perdita potenziale di produzione.
Alcuni autori pensano che tale metodo sopravvaluti il dato e preferiscono riferirsi al tempo speso dalla società per ripristinare il livello iniziale di produzione (friction cost method).
Riteniamo che non sia oramai eludibile un percorso che porti alla implementazione di un processo costante di valutazione delle attività dei servizi. Una valutazione che faccia da supporto allo sviluppo dei processi decisionali e che determini una sempre maggiore efficacia dei servizi stessi.
Anche per tale motivo è utile, necessario ed opportuno che nei servizi si attivino quegli strumenti informatici utili a produrre al minor costo possibile dati necessari per la valutazione dei risultati dei trattamenti. ✎

Bibliografia

[1] McLellan A.T., "Technology transfer and the treatment of addiction: what can research offer practice?", *J Subst Abuse Treat,* 2002, Jun; 22(4):169-70.

[2] McLellan A.T., "Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective", *Addiction,* 2002, Mar; 97(3):249-52.

[3] McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. Comment in: *JAMA,* 2001, Jan 24-31; 285(4):409. "Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation", *JAMA,* 2000, Oct 4; 284(13):1689-95.

[4] McLellan A.T., Hagan T.A., Levine M., Meyers K., Gould F., Bencivengo M., Durell J., Jaffe J., "Does clinical case management improve outpatient addiction treatment', *Drug Alcohol Depend,* 1999, Jun 1; 55(1-2):91-103.

[5] Belding M.A., McLellan A.T., Zanis D.A., Incmikoski R., "Characterizing 'nonresponsive' methadone patients", *J Subst Abuse Treat,* 1998, Nov-Dec; 15(6):485-92.

[6] French M.T., Dunlap L.J., Zarkin G.A., McGeary K.A., McLellan A.T., "A structured instrument for estimating the economic cost of drug abuse treatment. The Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)", *J Subst Abuse Treat,* 1997, Sep-Oct; 14(5):445-55.

[7] Kraft M.K., Rothbard A.B., Hadley T.R., McLellan A.T., Asch D.A. Comment in: *Am J Psychiatry,* 1997, Sep; 154(9):1195-7. "Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective?", *Am J Psychiatry,* 1997, Sep; 154(9):1214-9.

[8] French M.T., McGeary K.A., "Estimating the economic cost of substance abuse treatment", *Health Econ,* 1997, Sep-Oct; 6(5):539-44.

[9] Jefferson T., Demicheli V., Vale L., Comment in: *JAMA,* 2002, Aug 28; 288(8):959; discussion 959. "Quality of systematic reviews of economic evaluations in health care", *JAMA,* 2002, Jun 5; 287(21):2809-12.

[10] McLellan A.T., Hagan T.A., Levine M., Gould F., Meyers K., Bencivengo M., Durell J., "Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment", *Addiction,* 1998, Oct; 93(10):1489-99.

[11] Mark T.L., Woody G.E., Juday T., Kleber H.D., "The economic costs of heroin addiction in the United States", *Drug Alcohol Depend,* 2001, Jan 1; 61(2):195-206.

[12] Bower P., Byford S., Barber J., Beecham J., Simpson S., Friedli K., Corney R., King M., Harvey I., "Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses", *BMJ,* 2003, Jun 7; 326(7401):1247-50.

[13] Rosenheck R., Kosten T., "Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact", *Drug Alcohol Depend,* 2001, Aug 1; 63(3):253-62.

[14] Garnick D.W., Hodgkin D., Horgan C.M., "Selecting data sources for substance abuse services research", *J Subst Abuse Treat,* 2002, Jan; 22(1):11-22.

[15] Laska E.M., Meisner M., Siegel C., Wanderling J., "Statistical determination of cost-effectiveness frontier based on net health benefits", *Health Econ.,* 2002, Apr; 11(3):249-64.

[16] Mason J., Freemantle N., Nazareth I., Eccles M., Haines A., Drummond M., "When is it cost-effective to change the behavior of health professionals?", *JAMA,* 2001, Dec 19; 286(23):2988-92.

[17] Uchtenhagen A., "Conversation with Ambros Uchtenhagen", *Addiction,* 2003, Apr; 98(4):389-96.

[18] French M.T., Salome H.J., Sindelar J.L., McLellan A.T., "Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI", *Health Serv Res,* 2002 Apr; 37(2):433-55.

[19] Dennis M.L., Perl H.I., Huebner R.B., McLellan A.T., "Twenty-five strategies for improving the design, implementation and analysis of health services research related to alcohol and other drug abuse treatment", *Addiction,* 2000, Nov; 95 Suppl 3:S281-308.

[20] French M.T., Salome H.J., Carney M., "Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction

treatment in the State of Washington", *Soc Sci Med*, 2002, Dec; 55(12):2267-82.
[21] Mojtabai R., Zivin J.G., "Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis", *Health Serv Res*, 2003, Feb; 38(1 Pt 1):233-59.
[22] Cartwright W.S., "Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature", *J Ment Health Policy Econ*, 2000, Mar 1; 3(1):11-26.
[23] Adam T., Koopmanschap M.A., "Cost-effectiveness analysis: can we reduce variability in costing methods?", *Int J Technol Assess Health Care*, 2003, Spring; 19(2):407-20.
[24] Kreek M.J., "Drug addictions. Molecular and cellular endpoints", *Ann N Y Acad Sci*, 2001, Jun; 937:27-49.
[25] Shen Q., McLellan A.T., Merrill J.C., "Client's Perceived Need for Treatment and Its Impact on Outcome", *Subst Abus*, 2000, Sep; 21(3):179-192.
[26] French M.T., Salome H.J., Krupski A., McKay J.R., Donovan D.M., McLellan A.T., Durell J., "Benefit-cost analysis of residential and outpatient addiction treatment in the State of Washington", *Eval Rev*, 2000, Dec; 24(6):609-34.
[27] McLellan A.T., Woody G.E., Metzger D., McKay J., Durrell J., Alterman A.I., O'Brien C.P., "Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons", *Milbank Q*, 1996; 74(1):51-85.
[28] Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P., "Psychotherapy in community methadone programs: a validation study", *Am J Psychiatry*, 1995, Sep; 152(9):1302-8.
[29] Salome H.J., French M.T., "Using cost and financing instruments for economic evaluation of substance abuse treatment services", *Recent Dev Alcohol*, 2001; 15:253-69.
[30] Willan A.R., O'Brien B.J., "Erratum" in: *Health Econ*, 1999, Sep; 8(6):559. "Confidence intervals for cost-effectiveness ratios: an application of Fieller's theorem", *Health Econ*, 1996, Jul-Aug; 5(4):297-305.
[31] Brown T.G., Topp J., Ross D., "Rationales, obstacles and strategies for local outcome monitoring systems in substance abuse treatment settings", *J Subst Abuse Treat*, 2003, Jan; 24(1):31-42.
[32] French M.T., Mauskopf J.A., Teague J.L., Roland E.J., "Estimating the dollar value of health outcomes from drug-abuse interventions", *Med Care*, 1996, Sep; 34(9):890-910.
[33] McIntosh E., Donaldson C., Ryan M., "Recent advances in the methods of cost-benefit analysis in healthcare. Matching the art to the science", *Pharmacoeconomics*, 1999, Apr; 15(4):357-67.
[34] Schumacher J.E., Mennemeyer S.T., Milby J.B., Wallace D., Nolan K., "Costs and effectiveness of substance abuse treatments for homeless persons", *J Ment Health Policy Econ*, 2002, Mar; 5(1):33-42.
[35] Miller N.S., Sheppard L.M., "The role of the physician in addiction prevention and treatment", *Psychiatr Clin North Am*, 1999, Jun; 22(2):489-505.
[36] Weitzman E.A., "Analyzing qualitative data with computer software", *Health Serv Res*, 1999, Dec; 34(5 Pt 2):1241-63.
[37] Wild T.C., "Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis", *Subst Use Misuse*, 1999, Jan; 34(1):83-102.
[38] Koopmanschap M.A., Rutten F.F., "A practical guide for calculating indirect costs of disease", *Pharmacoeconomics*, 1996, Nov; 10(5):460-6.
[39] Reuter P., "Why does research have so little impact on American drug policy?", *Addiction*, 2001, Mar; 96(3):373-6.
[40] Des Jarlais D.C., Hubbard R., "Treatment for drug dependence", *Proc Assoc Am Physicians*, 1999, Mar-Apr; 111(2):126-30.
[41] Pulvirenti L., Diana M., "Drug dependence as a disorder of neural plasticity: focus on dopamine and glutamate", *Rev Neurosci*, 2001; 12(2):141-58.
[42] Guttinger F., Gschwend P., Schulte B., Rehm J., Uchtenhagen A., "Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up", *Eur Addict Res*, 2003, Apr; 9(2):73-9.
[43] French M.T., Roebuck M.C., McLellan A.T., Sindelar J.L., "Can the Treatment Services Review be used to estimate the costs of addiction and ancillary services?", *J Subst Abuse*, 2000; 12(4):341-61.
[44] Douaihy A.B., Jou R.J., Gorske T., Salloum I.M., "Triple diagnosis: dual diagnosis and HIV disease", Part 1, *AIDS Read*, 2003, Jul; 13(7):331-2, 339-41.
[45] Parthasarathy S., Mertens J., Moore C., Weisner C., "Utilization and cost impact of integrating substance abuse treatment and primary care", *Med Care*, 2003, Mar; 41(3):357-67.
[46] Cuijpers P., "Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review", *Addict Behav*, 2002, Nov-Dec; 27(6):1009-23.
[47] Moolchan E.T., Umbricht A., Epstein D., "Therapeutic drug monitoring in methadone maintenance: choosing a matrix", *J Addict Dis*, 2001; 20(2):55-73.
[48] Joseph H., Stancliff S., Langrod J., "Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues", *Mt Sinai J Med*, 2000, Oct-Nov; 67(5-6):347-64.
[49] Barnett P.G., "The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention", *Addiction*, 1999, Apr; 94(4):479-88.
[50] Finney J.W., Moos R.H., "The long-term course of treated alcoholism, II: predictors and correlates of 10-year functioning and mortality", *J Stud Alcohol.*, 1992; 53:142-153.
[51] Hubbard R.L., Craddock G., Flynn P.M., Anderson J., Etheridge R., "Overview of 1-year follow-up out-comes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)", *Psychol Addict Behav.*, 1997; 11:261-278.
[52] McLellan A.T., McKay J., "The treatment of addiction: what can research offer practice?", in: Lamb S., Greenlick M., McCarty D. (eds.), *Bridging the Gap: Forging New Partnerships in Community-Based Drug Abuse Treatment*, Washington, DC, National Academy Press, 1998.
[53] "National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. Effective medical treatment of opiate addiction", *JAMA*, 1998; 280:1936-1943.
[54] McLellan A.T., Metzger D.S., Alterman A.L. *et al.*, "Is addiction treatment 'worth it'? public health expectations, policy-based comparisons", in: Fox J.S. (ed.), *Proceedings of Josiah Macy Conference on Medical Education*, New York, NY, Josiah Macy Foundation, 1995:165-212.
[55] Moos R.H., Finney J.W., Cronkite R.C., *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*, New York, NY, Oxford University Press, 1990.
[56] Gerstein D., Harwood H. (eds.), *Treating Drug Problems: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*, Washington, DC, National Academy Press, 1990.
[57] National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*, Bethesda, Md, National Institutes of Health, 1999. NIH publication 99-4180.
[58] O'Brien C.P., McLellan A.T., "Myths about the treatment of addiction", *Lancet.*, 1996; 347:237-240.
[59] American Society of Addiction Medicine, *Principles of Addiction Medicine*, 2nd ed. New York, NY, Harcourt Brace Press, 1998.
[60] Lowinson J., Ruiz P., Millman R.B. (eds.), *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook*, 2nd ed. Baltimore, Md, Williams & Wilkins, 1992:56-69.
[61] Zanis D.A., McLellan A.T., Alterman A.I., Cnaan R.A., "Efficacy of enhanced outreach counseling to reenroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment", *American Journal of Psychiatry*, 1996; 153:1095-1096.
[62] Scalfaro O.L., "Contro gli equidistanti", *MicroMega*, 4/2003, 48-56.
[63] Carroll K.M., Nich C., McLellan A.T., McKay J.R., Rounsaville B.J., "'Research' versus 'real-world' patients: representativeness of participants in clinical trials of treatments for cocaine dependence", *Drug Alcohol Depend*, 1999, Apr 1;54(2):171-7.

Droghe leggere o droghe pesanti?

*Michele G. Sforza**

È da tanto che si sente parlare di "droghe leggere" e "droghe pesanti", ma negli ultimi mesi il dibattito ha assunto spesso toni accesi e ha provocato fratture e schieramenti estremizzati che tendono spesso a ideologizzare o politicizzare il problema.
Fra le varie prese di posizione spicca la contrapposizione, spesso aspra, fra proibizionisti e antiproibizionisti, fra l'uso libero delle "droghe leggere" o la sua proibizione assoluta. Dibattiti e confronti, anche aspri, sono sempre utili nella dialettica democratica delle idee, ma per scegliere strategie efficaci per affrontare e prevenire un fenomeno devastante, com'è l'uso di droghe, bisogna avere idee ben chiare e criteri pragmatici sui quali basare le azioni di un intervento.
Dall'uso che si sente fare dei termini di "leggero" e "pesante", si deduce che una "droga leggera" sia una sostanza poco pericolosa e che quindi il suo uso non debba venire proibito o scoraggiato.
Al contrario, una "droga pesante" è una sostanza sempre e comunque nociva, il cui uso deve essere punito e la cui diffusione deve essere ostacolata con ogni mezzo.
È un discorso coerente, ma nella realtà, soprattutto agli operatori del settore, le cose appaiono diverse perché è noto che anche sostanze di uso comune e non ritenute pericolose possono procurare effetti nocivi e dipendenza.
Ricordiamo che tutte le droghe "leggere" e "pesanti" hanno effetti psicoattivi in quanto modificano il funzionamento del cervello e della psiche.
Vengono ricercate ed usate perché procurano effetti gratificanti anche se le modalità d'uso sono estremamente variabili giacché la risposta nei confronti di uno stesso "farmaco" varia moltissimo da un soggetto all'altro.
Quello che può far bene a qualcuno può far male a qualcun altro e quello che per qualcuno è poco può essere troppo per qualcun altro.
Con queste modalità si possono produrre effetti diversi in base alle caratteristiche individuali di tolleranza che interagiscono con le proprietà farmacodinamiche delle sostanze assunte.
Ogni essere umano è dotato di un suo proprio corredo biochimico, metabolico, genetico e psichico, per cui alcuni soggetti possono mostrare meiopragie di organi o funzioni che, insieme ad altre concause ambientali, facilitano la comparsa di danni (fisici, psichici, sociali) o di dipendenza, anche se assumono piccole dosi di una sostanza.
In alcuni casi, come ad esempio avviene per l'alcol, sappiamo anche quanti sono percentualmente i soggetti a rischio (5-10% della popolazione dei bevitori), ma purtroppo, non siamo in grado di individuarli singolarmente in anticipo.
È una roulette russa, un gioco alla cieca.
Possiamo dire quindi che anche sostanze "insospettabili", che la maggior parte della gente usa senza problemi, possono essere usate da alcuni come vere e proprie droghe, partendo da un uso gratificante e sociale per finire in un aggancio patologico.
Dobbiamo pertanto concludere che, purtroppo, non sempre le sostanze (o perfino alcuni comportamenti) che ci gratificano sono senza effetti collaterali pericolosi.
Alcune di queste sostanze provocano effetti tossici che si manifestano più intensamente e in tempi relativamente brevi, mentre altre producono danni in misura più ridotta e solo col passar del tempo e con l'abuso.
Se pensiamo agli oppioidi, la situazione è chiara e a nessuno verrebbe in mente di affermare che l'eroina fa bene e che addirittura se ne dovrebbe consigliare l'uso ai propri figli.
Abbiamo tutti sotto gli occhi le devastazioni che da decenni questa droga ha prodotto su intere generazioni, rovinando l'esistenza di tanti giovani e quella delle loro famiglie.
Se invece pensiamo a sostanze come l'alcol, la nostra posizione diventa diversa.
L'alcol ha infatti una fama, un "*look*" molto meno sinistro.
È usato diffusamente ed è apprezzato in tutte le classi sociali, in tutte le età e, sotto varie forme, in tutti i paesi.
Eppure, come ben sappiamo, l'abuso alcolico provoca danni fisici e psichici enormi, 30-40 mila morti all'anno ed è responsabile di costi sociali ed umani elevatissimi.
I motivi di questa apparente sottovalutazione del problema sono molteplici e complessi. L'alcol di fatto è una sostanza usata da tutti e si calcola che otto italiani su dieci (superiori ai 14 anni) bevono alcolici.
La maggioranza di questi consumatori (90-95%) beve però in modo "normale" o "sociale", senza avere danni di alcun genere.
Soltanto il 5-10% dei consumatori beve con modalità patologiche che si configurano come abuso o dipendenza.
Il problema sarebbe di scarsa importanza se non fosse che quel piccolo 5-10% è in rapporto ad un numero enorme di consumatori, per cui i bevitori patologici sono in realtà un numero ben più grande di quello che ci sembrava sulle prime: 1 milione e mezzo-2 milioni di persone che dall'alcol vengono danneggiate.
E con loro le rispettive famiglie, amici, colleghi di lavoro e, alla fine, l'intera comunità. Leggiamo spesso che vite innocenti sono state distrutte da incidenti automobilistici procurati da guidatori alterati.
E quante giovani vittime contiamo nel fine settimana per la stessa causa?
Quanto costa a tutti i cittadini la spesa per ricoveri, invalidità, cure mediche e psicologiche, assenteismo, e così via?
Pare che la cifra si aggiri sul 5-6% del Prodotto Interno Lordo (PIL) del nostro paese.
Nonostante queste cifre inquietanti è però evidente che non a tutti l'alcol crea problemi, ma li crea certamente ad alcune persone che sono predisposte.
Ne consegue che più persone bevono alcolici, più saranno coloro che, essendo predisposti, verranno in contatto con la sostanza e se ne ammaleranno.

* *Direttore del Servizio Multidisciplinare di Alcologia. Casa di Cura Le Betulle, Appiano Gentile (Co).*

È una questione drammaticamente semplice di percentuali.
Ultimamente si parla tanto anche di cannabis (marijuana e hashish), sostanza che con l'alcol ha molte caratteristiche in comune, soprattutto una: non a tutti i consumatori procura danni.
Ma ad alcuni certamente ne crea.
Ad alcuni procura disturbi psichici, anche gravi, (attacchi di panico, psicosi ecc.), alterazioni che creano difficoltà nella guida, difficoltà di concentrazione che si riflettono nello studio e nel lavoro, abitudine alla gestione adulterata delle emozioni, induzione di "tachifilassi crociata" con predisposizione, soprattutto nei "*sensation seeking people*", alla ricerca di emozioni sempre più forti e all'uso di droghe più "pesanti".
Infine, solo in alcuni casi, può indurre dipendenza.
Il numero di coloro che sviluppano danni collaterali all'uso della cannabis non sembra essere elevato.
I dati che ci arrivano sono ancora parziali perché il fenomeno nel nostro paese è in rapida evoluzione e sfugge ai controlli.
Si fanno stime presuntive che mostrano un'enorme diffusione della cannabis presso i giovani, ma anche presso popolazioni di adulti, ma non abbiamo ancora dati precisi per quantificare i danni.
Una recentissima pubblicazione dei Ser.T. della Lombardia ha mostrato che su 24 mila tossicodipendenti in trattamento, i soggetti presi in carico per cannabis erano "solo" 2.500, poco più del 10%.
Un valore esiguo, se paragonato a tutte le altre tossicodipendenze e al numero di coloro che "fumano" (cannabis) senza accusare, per quel che ne sappiamo, alcun problema. Certo, se il consumo di cannabis si estendesse ancora di più, i numeri sarebbero destinati a salire, tenendo conto della percentuale di soggetti predisposti ad ammalarsi.
Ma, al momento, i danni e i dipendenti da cannabis sono pochi.
Ma ci sono. E non possiamo far finta di niente.
Verso questi pochi che hanno già sviluppato danni abbiamo il dovere morale e civile di non abbandonarli, ma allo stesso tempo abbiamo la responsabilità di trovare delle soluzioni per evitare che ad altri possa accadere lo stesso.
Quindi, se consideriamo che sostanze come l'alcol e la cannabis, assunte da un gran numero di consumatori, possono produrre danni gravissimi attraverso abuso e dipendenza sia pure in una minoranza di soggetti predisposti, non ha più senso parlare di "droghe leggere" o "droghe pesanti" ma sarebbe forse più utile parlare di conseguenze tossiche "leggere" o "pesanti" da sostanze psicoattive o da comportamenti, in base all'entità del danno e al numero dei soggetti colpiti.
Tralasciando in questa sede le considerazioni sulla cura delle patologie correlate, diventa inevitabile considerare gli interventi di prevenzione.
Ed è proprio qui, sulla prevenzione, che iniziano le diatribe: dobbiamo proibire o liberalizzare? Prevenire o tollerare?
Molti consumatori di cannabis reclamano un trattamento "paritario" a quello dei consumatori di alcol: "perché l'alcol può essere liberamente venduto e diffuso e la cannabis invece no?".
Legittima e utilissima domanda a cui possiamo rispondere che proprio l'esperienza di come abbiamo (mal)gestito il problema alcol e la valutazione dei guasti prodotti dalla nostra cultura del bere dovrebbe insegnarci qualcosa per evitare di rifare gli stessi errori. Errare humanum, perseverare…
E allora cosa fare? Proibire?
Il proibizionismo può avere un senso con sostanze ad alto potere addittivo, ma non ha mai mostrato buoni risultati con sostanze a basso potere addittivo (come l'alcol e, alla fine, anche la cannabis) che possono essere consumate da una maggioranza di utenti in modo "sociale", cioè senza perdita di controllo e senza danni collaterali evidenti.
Nel caso di dipendenza il soggetto è schiavo, la sua volontà è annullata ed è quindi impossibile chiedergli di esercitare un autocontrollo che non possiede più.
È una situazione di patologia conclamata in cui possiamo solo aiutare il malato a rendersi conto della sua condizione e curarlo.
Ma laddove il controllo non è ancora andato perso e i danni non sono ancora comparsi o sono lievi, cioè nei consumatori cosiddetti "sociali", possiamo avere maggiori possibilità sul piano preventivo.
A questi consumatori dobbiamo dare dei messaggi chiari, univoci non contraddittori ed ambigui come tuttora avviene.
Non dobbiamo aver paura di comunicare che queste sostanze, sia pur portatrici di piacere, sono potenzialmente dannose.
Esattamente come si fa per i prodotti farmaceutici quando si segnalano gli effetti indesiderati o, come avviene ultimamente, per il tabacco.
Il loro uso senza conseguenze dannose può avvenire solo all'interno di modalità rigidamente predeterminate da norme culturali non scritte ma corrispondenti ad una consapevolezza sociale condivisa che non dà adito a infingimenti e complicità.
Ai consumatori dobbiamo fornire quindi informazioni corrette, precoci e ripetute, e non inviti più o meno espliciti ad un consumo che porterebbe sicuramente alla comparsa di danni in una percentuale di utenti.
Ed è solo a questo punto che possiamo pretendere un "consumo responsabile".
Responsabilità significa essere consapevoli di ciò che si sta facendo ed essere quindi pronti ad assumersi le conseguenze dei propri atti.
In questo modo il consumatore che rivendica il diritto a far uso di una sostanza, conoscendo bene i rischi a cui va incontro, non si sentirà privato della sua libertà. Adeguatamente informato, potrà, se lo riterrà possibile, tentare di fare un uso "sociale" della sostanza prescelta, ma nello stesso tempo si dovrà assumere la responsabilità degli eventuali danni che potrebbe procurare a se stesso e agli altri se, malauguratamente e contro le sue previsioni, la sostanza dovesse risultargli meno innocua di quel che pensava e sperava.
In questo modo sarà salvo il suo insopprimibile diritto di autodeterminazione ma, allo stesso tempo, accollandosi responsabilmente i costi per cure mediche, incidenti, invalidità e così via, eviterà di scaricare sull'intera comunità le conseguenze dannose del suo abuso. Non v'è dubbio che l'applicazione di tali considerazioni andrebbe ulteriormente soppesata, ma, al momento, prima di passare alla prassi operativa, è prioritario stabilire i principi che la informeranno.
E uno dei maggiori principi, fondamentali nella gestione della gratificazione, è quello della responsabilità, in quanto strumento di gestione e in quanto diritto che non è possibile negare all'uomo che vuole sentirsi veramente libero.

Il Direttivo nazionale di FeDerSerD sul Disegno di Legge Fini

Il Direttivo nazionale di FeDerSerD, sulla base di quanto riportato dagli organi di stampa e, pertanto, in via del tutto preliminare, propone le seguenti riflessioni.
Farà seguito una valutazione approfondita, sulla base del testo definitivo del D.d.L.

1. Non sono chiare le evidenze scientifiche che giustificano la definizione di dosi massime differenziate, dalle quali si evince una evidente indulgenza verso i consumatori di cocaina (dose massima consentita 500 mg) a fronte di una palese restrizione del consumo di cannabis (dose massima consentita 150 mg).
2. Si rileva una evidente contraddizione tra l'implicito riconoscimento normativo che viene dato a soggetti non accreditati nella formulazione ed esecuzione dei progetti terapeutici di riabilitazione, con quanto previsto nell'atto d'intesa Stato-Regioni che disciplina le modalità dell'accreditamento e, quindi, autorizza solo i soggetti accreditati a svolgere le funzioni di diagnosi e certificazione degli stati di dipendenza da sostanze.
3. Le scelte di carattere repressivo devono essere integrate e ancorate alle politiche di prevenzione, cura e riabilitazione mentre, da quanto riportato dagli organi di stampa, esse sembrano assumere un ruolo preminente.

Infine si ribadisce il ruolo centrale che il Servizio Pubblico ed il Privato Sociale Accreditato debbono svolgere nella costituzione della rete assistenziale rivolta alle persone dipendenti da sostanze ed alle loro famiglie.

Grosseto, 12 novembre 2003

Una proposta emendativa alla Finanziaria 2004

Le politiche di lotta alla droga non finiscano nell'abbandono. Fatti, non parole in occasione della Finanziaria 2004

Siamo operatori pubblici, del privato sociale e di organizzazioni scientifiche, dirigenti di associazioni nazionali operanti tutti nel campo della gestione di servizi a persone con problemi di dipendenza da sostanze.
Crediamo di poter tranquillamente affermare che le nostre organizzazioni rappresentano la stragrande maggioranza della rete dei servizi presenti sull'intero territorio nazionale.
Abbiamo deciso di rivolgerci al Governo e in particolar modo al Vice Premier Gianfranco Fini per sollecitare un intervento di modifica da recepire nel maxi emendamento che la maggioranza si appresta a presentare in sede di discussione in aula della legge Finanziaria per l'anno 2004.
Lo facciamo perché più volte questo Governo, per bocca soprattutto dell'On. Fini, ha dichiarato di avere tra le sue priorità l'attivazione di politiche più efficaci nel settore delle tossicodipendenze operando in direzione di interventi prevalentemente orientati alla prevenzione al diffondersi del consumo di sostanze, alla cura, al trattamento ed al reinserimento sociale delle persone (giovani in prevalenza) in cui il consumo è diventato tossicodipendenza, problematicità grave e spesso problematica connessa sanitaria.
Come ogni persona di buon senso sa e come è ben noto ai nostri rappresentanti in Parlamento potrebbe risultare velleitario affermare obiettivi che non hanno gambe operative garantiti da risorse e strumenti di intervento certi.

Se leggiamo attentamente le proposte inserite in Finanziaria per questo settore possiamo rilevare come:

a. il passaggio delle competenze dal Ministero del Lavoro e degli Affari sociali alla Presidenza del Consiglio dei Ministri è accompagnato da una evidente riduzione delle risorse destinate proprio ad interventi di tipo preventivo;
b. la legge nazionale 45 espressamente finalizzata alla prevenzione e alla cura perde qualsiasi dotazione finanziaria diretta e gli eventuali fondi dovranno essere resi disponibili discrezionalmente (quindi senza alcun vincolo) da ogni singola Regione all'interno del Fondo unico indistinto notevolmente ridimensionato in quantità;
c. l'inserimento del Fondo 45 nel fondo 328 senza correttivi e specifiche porta sui territori ad una totale perdita di titolarità di gestione di tale fondo per la lotta alla droga da parte delle Comunità terapeutiche accreditate e dei Ser.T. (come da legge 309 e legge 45) ed un chiaro indirizzo sociale del finanziamento con un sacrificio di tutte le progettazioni di potenziamento dei trattamenti e delle innovazioni finora realizzate e nella legge 45 previste;
d. se poi aggiungiamo il taglio realizzato dal Ministro Tremonti nel dicembre 2002 al Fondo nazionale già destinato alla lotta alla droga per un esercizio di recupero di bilancio 2002 e nel 2003 per finanziare i progetti precedentemente approvati e con quel taglio non finanziati, ci sembra chiaro un disinvestimento in questo campo, che invece necessita di supporto per l'innovazione, la sperimentazione e l'adeguamento rispetto a fenomeni in continua crescita e cambiamento. La diffusione della cocaina, il ritorno dell'eroina, le nuove droghe stili di abuso diffusi che necessitano di investimenti certi e costanti per accompagnare le trasformazioni delle nostre strutture e costruire risposte efficaci.

Desideriamo far notare come all'enfasi con la quale si evidenzia il ruolo crescente che le comunità di accoglienza dovrebbero assumere nella presa in carico delle persone con problemi di dipendenza da sostanze, anche (sembrerebbe) a scapito di un indispensabile ruolo dei Servizi pubblici che

andrebbero invece potenziati per permettere l'applicazione della Dipartimentalizzazione del sistema delle dipendenze in tutti i territori, non fa seguito una certezza nei tempi di erogazione delle rette da parte delle Asl.
Le comunità accreditate sono poi costrette a ricorre all'indebitamento bancario per i cronici ritardi nei pagamenti delle rette pattuite anche di oltre un anno.
Se permane nel tempo una tale situazione, proprio le comunità che più lavorano per una presenza costante e diffusa sui territori, in collaborazione con il sistema sanitario nazionale e non godono di donazioni particolari, saranno costrette a chiudere, con buona pace della dichiarata loro centralità.
Per questo ci sembra giusto rivendicare e chiedere la dovuta coerenza tra dichiarazioni di principio e pratiche operative.
Chiediamo al Governo di inserire nel maxi emendamento una norma che garantisca un adeguato finanziamento al neo costituito Dipartimento nazionale pari almeno alla quota del 25% del Fondo nazionale Lotta alla droga che negli anni precedenti era riservata a progetti nazionali, incrementata del dovuto per il funzionamento del Dipartimento stesso.
Chiediamo che la dotazione economica riservata al finanziamento di progetti decentrati assegnati dalle Regioni alle singole Asl rimanga come capitolo di spesa dedicato e non venga assorbito dal Fondo Unico Indistinto, anche in questo caso con una dotazione finanziaria di livello almeno pari a quello degli anni precedenti.
Chiediamo infine che venga istituito un Fondo di rotazione che funga da garanzia e da copertura dei costi bancari sostenuti dalle associazioni e dalle cooperative sociali per acquisire anticipazioni su fatture emesse a carico di enti pubblici e che sia automaticamente applicato nei confronti dei soggetti del privato sociale il Decreto Legislativo n. 231 del 9 ottobre 2002 emesso in applicazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento delle transazioni commerciali.
Il mancato recepimento di queste nostre proposte evidenzierebbe in modo clamoroso lo scarto tra parole e fatti, promesse realizzate e bugie consapevoli, ideologia e politica dell'immagine in sostituzione di programmazione e coerenza dei comportamenti politici.
Osiamo sperare che nascosto dietro una immagine accattivante non si celi il mostro dell'abbandono e della solitudine: non resterebbe che l'opzione punitiva e vessatoria nei confronti di chi fa fatica e cerca affannosamente vie di uscita.
Ci viene detto che non è questa l'intenzione del Governo.
Vorremmo vederla realizzata, subito, nei fatti.

Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)
Saman
Lila
Gruppo Abele
Comunità S. Benedetto al Porto (GE)
Forum Droghe
Coordinamento Nazionale Nuove Droghe (CNND)
Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze - FeDerSerD
Itaca Italia
Erit Italia
Società Italiana di Alcologia
SITD

RECENSIONE

Istituto Superiore di Sanità

I servizi e le sostanze ricreazionali

Una rilevazione clinica
a cura di Teodora Macchia, Celeste Franco Giannotti, Franco Taggi

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/ Quaderni, direttore scientifico Alfio Lucchini
pp. 80, € 10,50 - cod. 231.1.16 (V)

I Servizi italiani sono prevalentemente ancora orientati ad affrontare i problemi legati all'uso e all'abuso di eroina.
Nonostante il consumo di sostanze "ricreazionali" sia sempre più rilevante e coinvolga un numero molto elevato di giovani e meno giovani, con conseguenze fisiche e psichiche di varia entità, mancano a tutt'oggi risposte e riferimenti altrettanto consolidati e sperimentati.
Chi ha problemi con l'uso di sostanze ricreazionali si rivolge ai Servizi volontariamente o perché costretto? Quali sono le richieste prevalenti? Quali le caratteristiche socio-demografiche dei consumatori? Quali sono le modalità e i luoghi di consumo preferiti? Quali le professionalità, gli interventi e gli strumenti operativi che intervengono più frequentemente nei Servizi? Quanto dura il trattamento? E con quali risultati?
Il volume risponde a queste domande attraverso i risultati di una rilevazione – coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità – che ha coinvolto 220 Servizi di 16 Regioni e 2 Province Autonome: è stato somministrato un questionario a 1911 persone che assumono prioritariamente sostanze ricreazionali e non eroina alcol e cannabis.
I risultati di questa ricerca – unica in Italia per copertura territoriale e ampiezza del campione – contribuiscono ad esplorare nuove possibilità organizzative e d'intervento, nonché a fornire elementi innovativi per identificare diverse forme di prevenzione.

Teodora Macchia, biochimica, I ricercatore, direttore reparto Sostanze d'Abuso, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Celeste Franco Giannotti, psicologo, formatore, collaboratore di ricerca presso l'Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Franco Taggi, epidemiologo, I ricercatore, direttore reparto Metodologie e Modelli Biostatistici, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Proseguiamo la pubblicazione di interventi scientifici su aspetti diagnostici, integrazione degli interventi e doppia diagnosi, iniziato nel numero 7 di Mission.

Le procedure operative per la scelta del trattamento comunitario residenziale, con attenzione alla doppia diagnosi

R. Sassi[*], *S. Faustini*[*], *E. Manzato*[*]

La dipendenza da sostanze psicoattive è un fenomeno complesso che investe le giovani generazioni e nel quale le motivazioni individuali si mescolano alle interazioni familiari, sociali e culturali e ai sistemi comunicativi come fattori di sviluppo e mantenimento dei comportamenti d'abuso [1].
Inoltre è un fenomeno distruttivo che sembra difficilmente contrastabile e che pone gli operatori dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale di fronte ad un lavoro lungo e spesso segnato da ripetuti fallimenti, infatti l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la dipendenza da sostanze psicoattive un disturbo cronico recidivante, che cimenta quotidianamente gli operatori stessi suscitando anche il sentimento di un compito impossibile.

Il "problema" della relazione di aiuto

Costruire una relazione autentica con il dipendente da sostanze psicoattive è un processo complesso in quanto egli è mosso unicamente dall'interesse per la sostanza.
Inizialmente il rapporto con le sostanze psicoattive è apparentemente gratificante e senza ostacoli (fase della "luna di miele"); le sostanze "coprono" i malesseri profondi ed interpersonali, sembrano risolvere ogni problema e allontanare ogni preoccupazione; consentono di affrontare il mondo, di fuggire dalla propria ansia, dalla propria depressione e dalla solitudine.
Spesso, inizialmente, la condizione di dipendenza viene negata, in quanto la persona si sente in grado di interrompere l'uso "a comando".
Per molto tempo anche gli effetti negativi sulla psiche, sul corpo e sulla vita di relazione sono minimizzati; in questa fase di negazione ed onnipotenza la persona non trova dentro di sé gli stimoli sufficienti per chiedere aiuto ed aderire ad un trattamento riabilitativo [2,3]. In fasi successive (fasi delle "dosi crescenti" e della "porta girevole") si manifestano in modo evidente gli effetti negativi con conseguenze fisiche, psichiche, relazionali e socioeconomiche.
La persona inizia a vivere la situazione di squilibrio che si è creata nel rapporto con l'ambiente, che corrisponde a un momento di caduta o autosqualifica delle strategie di fronteggiamento personali.
Frequentemente si può immaginare che prima di arrivare al Ser.T. (Servizio per le Tossicodipendenze) il paziente possa aver cercato aiuto presso soggetti appartenenti ad aree relazionali e che questi non siano riusciti ad influire in modo riequilibrante sulla situazione d'abuso.

[*] *Ser.T. 1 Azienda ULSS n. 21 - Regione Veneto, Ospedale di Zevio (Verona).*

Spesso il Servizio entra in gioco quando le forze del contesto sociale sono già state evocate dal paziente, in una fase in cui le problematiche sono varie e generalmente gravi [3,4].
Gerra (1998), afferma "è proprio quando le sostanze inducono più conseguenze negative che gratificazioni che il soggetto diviene disponibile al trattamento… Mentre non è vero che 'toccare il fondo' aiuti tutti i soggetti a decidersi per un trattamento o per l'astensione, nello stesso tempo non è nemmeno facile che un tossicodipendente accudito dalla famiglia, messo al riparo da ogni conseguenza o problema legale, sostenuto nella sua visione distorta della propria condizione, possa arrivare a decidersi per migliorare la sua situazione personale" [5].
Sulla decisione per la richiesta del trattamento riabilitativo incide in modo fondamentale l'integrazione degli interventi; l'opportunità è quella non solo di curare il dipendente da sostanze psicoattive, ma di mettersi in gioco con lui per un confronto e un cambiamento elaborando strategie di intervento specifiche.
Il lavoro degli operatori del Ser.T. fondandosi su una realtà multidimensionale e sistemica, con componenti biologiche, psicologiche, psicopatologiche e sociali, deve inevitabilmente servirsi del modello bio-psico-sociale elaborando strategie di intervento differenti, con aggiustamenti continui ed integrazioni costanti connesse alle esigenze dei singoli pazienti, senza una suddivisione rigida od esclusiva delle fasi del percorso riabilitativo (accoglienza, cura, riabilitazione e reinserimento sociale), in modo da agire su aspetti differenti del paziente con l'obiettivo di creare una relazione dialettica che porti al cambiamento dello stile di vita patologico.
La centralità del fare è necessariamente superata per lasciare il posto al conoscere e al pensare rispetto all'agire, e la costruzione di un percorso di aiuto diviene il mezzo fondamentale per instaurare la relazione indispensabile ad innescare un processo di cambiamento.

Definizione del progetto riabilitativo

Il dipendente da sostanze psicoattive, così come si presenta quotidianamente al Ser.T. contiene in sé elementi di pertinenza del medico, dello psichiatra, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'educatore e dell'infermiere che sono le figure professionali che compongono l'equipe curante.
Il paziente va quindi considerato nella sua unità composta da corpo, psiche e relazione con l'ambiente e che presentandosi al Servizio, qualsiasi sia la sua richiesta, necessita di un intervento globale in quanto non ha significato progettare una disintossicazione solo fisica senza considerare la necessità di un cambiamento di vita all'interno di un programma riabilitativo [2].

Uno degli obiettivi principali del lavoro dell'equipe curante nella fase iniziale (accoglienza) è costituito dalla trasformazione della richiesta esplicita del paziente e della famiglia nell'espressione di un bisogno più ampio che trascende la "prima" domanda.
Quasi sempre la richiesta iniziale al Ser.T. è legata al disagio fisico e quindi viene richiesto, talvolta in maniera pressante, un supporto farmacologico, con i farmaci quali Metadone, Buprenorfina o Acido Gamma Idrossibutirrico, o con altri farmaci non sostitutivi.
Per alcuni Servizi, la risposta a questa prima richiesta diviene un'occasione di aggancio, un momento di empatia e di accoglimento dei bisogni più ampi del dipendente da sostanze psicoattive e della famiglia, necessario per costruire un progetto riabilitativo strutturato.
Il paziente ha bisogno del medico, in prima istanza, ma anche delle varie figure professionali componenti l'equipe curante.
Non esiste un unico modello "ideale" di approccio e di intervento terapeutico, bensì vengono adottate strategie di intervento diverse a seconda del paziente, delle singole realtà territoriali e delle possibilità strutturali o dinamiche interne all'èquipe curante.
In ogni caso, i primi colloqui con il dipendente da sostanze psicoattive sono particolarmente delicati, complessi e significativi per il proseguo del rapporto con il Servizio in termini di adesione e di compliance del trattamento riabilitativo.
L'operatore deve superare ogni posizione pregiudiziale per poter ascoltare cosa chiede il paziente che ha davanti.
Gatti (1998) sostiene: "I primi colloqui, all'interno di un Servizio dovrebbero avere un unico scopo fondamentale: quello di comprendere e di permettere, quindi, un procedimento diagnostico che, almeno sulla base di ipotesi probabili, permetta di strutturare un intervento conseguente" (2).
Gerra (1998) afferma: "Affrontare con schematismi relazionali questo incontro significa vanificarne l'efficacia: al contrario una posizione di ascolto autentico, non teatrale, sarà percepita dal paziente in modo positivo; consentirà di cogliere più a fondo le aspettative e le caratteristiche del soggetto, permetterà di esprimere le proposte relazionali e quelle inerenti al trattamento in modo altrettanto originale, personalizzato e non routinario" [5].
Il paziente porta nel Ser.T. le proprie contraddizioni nei confronti del cambiamento: la voglia di riscoprirsi in una diversa prospettiva si alterna con l'evidenziarsi di limiti, di delusioni e di nuove fatiche.
Emerge cioè l'ambivalenza tra il desiderio di cambiare e la determinazione a mantenere il proprio stile di vita patologico, al quale è necessariamente legato avendo costituito per lui, fino a quel momento, l'unica modalità, seppur insoddisfacente, per convivere con le proprie angosce e i propri conflitti.
Qualsiasi trattamento riabilitativo deve essere dinamico, basato sul cambiamento, sia perché il paziente è in continuo cambiamento e quindi si modificano i suoi bisogni, sia perché muta nel tempo anche lo stesso fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive.
Creatività e dinamicità sono i presupposti fondamentali della costruzione di un progetto riabilitativo, ma anche la sua eticità e proponibilità in quanto rispettosi della libertà e dei diritti della persona, che può e deve trovare nel tempo le vie più consone alla sua personalità per maturare le sue decisioni [6].
Nella definizione di un percorso riabilitativo occorre trovare strategie di intervento che suppliscano il vuoto lasciato dalle sostanze psicoattive.
I dipendenti da sostanze psicoattive hanno bisogno di sperimentare e sperimentarsi per prevenire gli errori o le ricadute che provocherebbero un ritorno al vecchio comportamento e quindi al problema.
All'interno del progetto riabilitativo complessivo che il Ser.T. elabora per il paziente, assume particolare importanza l'utilizzo delle Comunità Terapeutiche.
Nel Trattamento Riabilitativo Integrato, come Programma Globale di Trattamento, già illustrato in precedenti saggi su questa rivista, l'inserimento per un periodo predefinito, in una Struttura Residenziale o Semiresidenziale, consente al paziente e agli operatori di sperimentare e verificare nel qui e ora le dinamiche che hanno indotto e mantenuto l'uso delle sostanze psicoattive e la motivazione a cambiare.
È necessario che il paziente partecipi attivamente a tutto il processo e che siano coinvolti ed interagiscano nello stesso processo di aiuto anche la famiglia e i soggetti significativi del suo ambiente; inoltre è necessario che vengano attivate risorse esterne di riferimento e di supporto.
La Comunità Terapeutica diviene uno strumento per "accompagnare" il paziente lungo un percorso definito dal progetto globale, un aiuto per realizzare gli obiettivi.
Quando si sceglie di inserire un paziente in Comunità Terapeutica è importante creare un circuito stabile di comunicazione tra Ser.T. e Struttura Riabilitativa, che permetta un lavoro omogeneo affinché la differenziazione e la separazione delle competenze non porti alla frammentazione, alla contrapposizione o all'ostilità, ma all'integrazione.

Criteriologia nell'abbinamento paziente e trattamento in comunità

Per l'inserimento e per l'abbinamento dei dipendenti da sostanze psicoattive con i programmi in Comunità Terapeutica Residenziale (CTR) e Semiresidenziale (CTD) è opportuno seguire alcuni criteri e procedure operative.
Le variabili e le dinamiche che entrano in gioco nella "fase decisionale", riguardante l'abbinamento (matching) del paziente ad un trattamento comunitario residenziale o semiresidenziale (diurno), sono diversificate e complesse.
De Leon e Jainchill (1981, 1982), De Leon (1982, 1984, 1985, 1988, 1991, 1993), Simpson e Sells (1982), De Leon e Schwartz (1984), Hubbard (1984, 1988), Allison e Hubbard (1985), Siddiqui (1989), Simpson (1990), Schoket (1992), Condelli e De Leon (1993) e Condelli e Dunteman (1993) hanno documentato la capacità di ritenzione in trattamento (controllo del drop-out) e dell'efficacia (uso di sostanze psicoattive, comportamento criminale, attività lavorativa, …) in studi di follow-up post trattamento a breve e a lungo termine su programmi singoli o multimodali, evidenziando la correlazione positiva tra il tempo passato nel trattamento residenziale e l'adattamento psicologico con la condizione d'esito post trattamento.
Inoltre hanno evidenziato come indicatori predittivi di ritenzione in trattamento i fattori dinamici: percezione della posizione legale, motivazione, prontezza e idoneità al trattamento, condizione psicologica e disturbo psichiatrico, socializzazione e rappresentazioni relative al programma comunitario.
Queste analisi hanno favorito l'evoluzione del trattamento tradizionale di Comunità Terapeutica con lo sviluppo di programmi speciali e più personalizzati (servizi per le famiglie, servizi medici, servizi per le madri, training di prevenzione della ricaduta, counselling individuale, psicoterapia, servizi per la salute mentale, …) [7,8].
Pertanto, attualmente vi sono indicatori predittivi, in grado di fornire affidabilità o garanzie di outcome positivi anche se non in termini assoluti, e vi sono inoltre dei criteri e delle

procedure operative che rendono meno casuale ed improvvisato il momento dell'abbinamento.
Un assessment costruito in modo multidisciplinare, un approfondimento psicodiagnostico clinico e con strumenti e la successiva costruzione di un piano assistenziale individualizzato (care planning), sono prerogative importanti per implementare un programma riabilitativo comunitario residenziale o semiresidenziale.
La proposta di inserimento in un programma di Comunità Terapeutica Residenziale o Semiresidenziale (Diurna) di un dipendente da sostanze psicoattive è una delle funzioni peculiari dell'equipe curante; tale proposta è definita, individuata e valutata dall'equipe evitando che l'intervento assuma caratteristiche di casualità, improvvisazione o superficiale standardizzazione.
Va considerato però che l'attivazione (input) della proposta di inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna può essere prerogativa di vari soggetti: l'equipe stessa, il paziente su sua istanza, la rete parentale del paziente o ancora altri soggetti istituzionali e non (Agenzie Territoriali, Enti Pubblici, Associazioni del Privato Sociale, …) presenti in vario modo all'interno della rete sociale del paziente.
Sempre in tale fase devono essere considerate anche le eventuali "pressioni" svolte sul paziente affinché accetti l'inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna. Solitamente, in questi casi, si è in presenza di pazienti con situazioni di scompenso acuto o divenute croniche, in cui l'inserimento in Comunità Terapeutica non fa parte di un processo evolutivo del trattamento riabilitativo, bensì risulta "la soluzione di emergenza", spesso attuata con carattere d'urgenza e con valutazioni accelerate e/o dettate da fatti o situazioni contingenti.
In qualsiasi caso risulta importante una lettura della richiesta iniziale o dei bisogni reali percepiti dagli operatori dell'equipe curante rispetto al paziente, al fine di individuare eventuali bisogni nascosti del paziente stesso o tentativi di tipo manipolatorio.

Fase di valutazione

A tale proposito sono state individuate quattro aree valutative:
La ricognizione iniziale dei bisogni: interpretazione e lettura dei bisogni manifestati o espressi dal paziente, raffronto con i bisogni rilevati invece dagli operatori e rilevazione degli eventuali bisogni esistenti ma non espressi.
La situazione tossicologica e medica: sintesi e contestualizzazione delle rilevanze di tipo medico, della tipologia e della priorità delle sostanze psicoattive d'abuso utilizzate e delle modalità d'uso e valutazione dei trattamenti affrontati dal paziente nella sua storia personale (trattamenti farmacologici e psicosociali).
La situazione psicologica e psicopatologica: diagnosi clinica e risultanze delle indagini psicodiagnostiche con riferimento al DSM IV e dei tratti significativi della personalità.
La situazione socioambientale: valutazione della domanda espressa (valutazione iniziale, detta anche di intake), del grado e della fase di motivazione, analisi della tipologia della rete sociale e raccolta di informazioni del contesto di vita.

Programmi e trattamenti specifici

Alla fase di valutazione segue l'individuazione di una specifica tipologia del paziente che ha chiesto o per il quale si sta predisponendo un programma riabilitativo residenziale o semiresidenziale mediante la sintesi dei dati principali emersi nella fase valutativa.
In particolar modo devono essere comparati alcuni aspetti fondamentali del paziente: il grado di deficit e le risorse, tendendo quasi a "misurare" e "pesare" il più possibile la persona; il grado di motivazione espressa al trattamento riabilitativo; la storia residenziale di Comunità affrontata in passato, con l'andamento e l'esito dei trattamenti riabilitativi e gli eventuali drop-out e le variabili ambientali e di rete appartenenti al contesto di vita.
A seconda delle risultanze emerse rispetto al "tipo di paziente" ed ai suoi bisogni e alle problematiche espresse, l'abbinamento deve assestarsi su alcune tipologie di Programmi/Trattamenti specifici, offerti dalle Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne, individuati in:
Programma educativo e di vita, in questo contesto gli obiettivi e lo stile sono principalmente di tipo cognitivo e comportamentale, non è necessario l'ossequio a regole molto rigide, il programma può essere in parte adattato in itinere ai bisogni del paziente.
Programma assistenziale, l'obiettivo principale è qui di tipo sostenitivo e di accudimento, riferito ad un tipo di paziente (solitamente cronico e con numerosi drop-out) che richiede protezione e aiuto in una fase di crisi.
Programma terapeutico, l'obiettivo principale, in questo caso, è quello della "ricomposizione" della sfera psicologica del paziente, che presenti una personalità fragile e/o frammentata (con disturbi psicopatologici di gravità lieve), supportata però ancora da sufficienti risorse personali.
In tale tipo di programma sono peculiari, specifici e individualizzati i percorsi della psicoterapia, l'auto aiuto, l'ergoterapia e la socioterapia.
Programma specialistico o per doppia diagnosi, questo tipo di programma è individuato per pazienti che presentino disturbi psichiatrici di Asse I del DSM IV e di personalità di Asse II di gravità moderata o grave.

Modello operativo integrato

I pazienti comorbili o "duali" (comorbilità psichiatrica, doppia diagnosi) necessitano di trattamento individualizzato al fine di assestare gli interventi e i programmi riabilitativi.
Si può affermare al riguardo che, tra i tre modelli di trattamento riabilitativo a cui fa riferimento l'attuale letteratura (Seriale, Parallelo e Integrato), quello Integrato, più degli altri, sembra rispondere alle esigenze dei pazienti e degli operatori coinvolti nel Sistema delle Dipendenze.
Nel Modello Integrato gli interventi dei Servizi di Salute Mentale coesistono con quelli dei Ser.T. in un unico sistema, in grado di soddisfare i bisogni dei pazienti con comorbilità psichiatrica di Asse I e II del DSM IV.
Rispetto alla tipologia dei programmi riabilitativi da attuare all'interno del Modello Integrato, Maremmani e colleghi (1999) e Bignamini e colleghi (2002) fanno la proposta di un approccio multidisciplinare in cui sono considerati i diversi aspetti (farmacologico, psicologico, sociale, …) della vita del paziente, al fine di attuare una presa in carico globale [3,9].
Clerici e Carrà (1997) indicano un trattamento multimodale integrato per i pazienti con doppia diagnosi poiché tali pazienti hanno difficoltà ad adattarsi a programmi poco flessibili non adeguati alle loro necessità terapeutiche, farmacologiche e riabilitative; inoltre sottolineano che occorre offrire una serie di approcci differenti piuttosto che un solo tipo di trattamento [10].
Il trattamento riabilitativo integrato è stato organizzato in fasi come Modello Stadiale (indicativamente 4 o 5 fasi).

Osher e Kofoed (1989) individuano: coinvolgimento, persuasione, trattamento attivo e prevenzione delle recidive, con una precedente stabilizzazione dei sintomi psichiatrici e di dipendenza da sostanze, in ricovero ospedaliero; Minkof (1989) individua: disintossicazione, stabilizzazione, coinvolgimento e riabilitazione; Backman e colleghi (1997) individuano: ospedalizzazione e diagnosi, motivazione all'astensione e trattamento psichiatrico, intensificazione dei trattamenti precedenti e reinserimento lavorativo; Tsuang e colleghi (1997) individuano un approccio multidisciplinare che comprende: terapia farmacologica, psicoeducazione, terapia comportamentale, apprendimento di competenze, case management intensivo, prevenzione delle recidive e riduzione del danno [11,12,13,14].
Alcune linee guida per il trattamento riabilitativo integrato sono state proposte da Mercer e colleghi (1998): modello integrato, flessibilità e specializzazione dei clinici, riconoscimento delle esigenze del cliente, approccio assertivo al cliente, lavoro di rete, servizi con approccio globale alla persona, raggiungimento della stabilità abitativa, prospettive a lungo termine e trattamento stadiale (coinvolgimento, rinforzo delle motivazioni del paziente verso l'astinenza, trattamento attivo e prevenzione delle recidive) [15].
È in tale contesto che si inserisce la proposta di Milesi e Clerici (2000) della creazione di network fra Servizi di Salute Mentale, Ser.T. e Comunità Terapeutiche, con una formazione specifica degli operatori al fine di creare una competenza integrata sugli interventi possibili.
Il trattamento riabilitativo della doppia diagnosi dovrebbe comprendere: trattamento farmacologico per stabilizzare i sintomi psichiatrici e di dipendenza da sostanze psicoattive, counselling individuale, di gruppo e familiare, management intensivo del caso, gruppi di auto-aiuto e trattamento in day hospital o residenziale, training per lo sviluppo di abilità sociali, interventi motivazionali per l'astensione dalle sostanze e interventi sulla famiglia [16].
In conclusione, ampliando i concetti già espressi da Fea e Cataldini (Mission, n. 7 - 2003), è auspicabile la definizione di protocolli operativi per i pazienti comorbili tra Ser.T., Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche.
La piattaforma di lavoro dovrebbe comprendere:
– la fase di valutazione dell'ipotesi di comorbilità psichiatrica associata al disturbo da uso di sostanze psicoattive; l'obiettivo principale sarà quello di un approfondimento diagnostico ai fini della inclusione del paziente nel programma riabilitativo;
– la II fase consisterà nella riunione dell'equipe interservizi (Ser.T., Servizio di Salute Mentale e Comunità Terapeutica) in cui, oltre alla valutazione congiunta sulla diagnosi, saranno definiti i ruoli e i compiti, l'abbinamento con l'operatore con funzione di manager del caso, il lavoro di rete, nonché la definizione amministrativa del caso;
– la III ed ultima fase sarà la presa in carico effettiva del paziente comorbile; in questa fase saranno valutate le risorse del paziente stesso e della sua rete sociale, sarà definito il progetto riabilitativo, vi sarà la "restituzione" e la formalizzazione del contratto terapeutico e, infine, si stabiliranno i tempi e le modalità della valutazione.

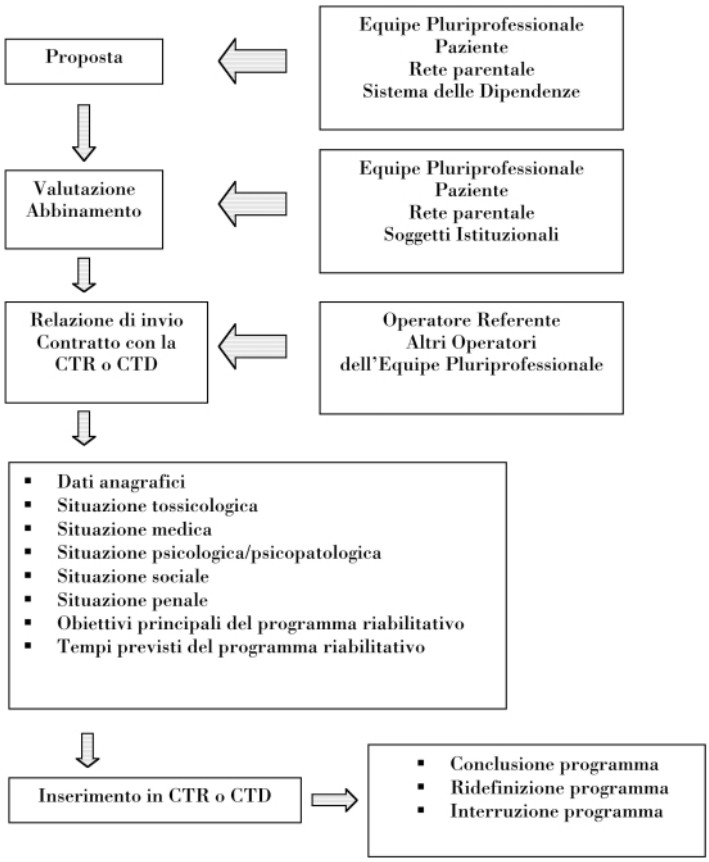
Case management

All'interno dei diversi modelli utilizzati per il trattamento riabilitativo, in molti paesi, un elemento fondamentale è l'approccio del management del caso.
Trattasi di una procedura di coordinamento di prestazioni e di responsabilizzazione degli operatori riguardo ai risultati del loro lavoro [17].
È un processo integrato di definizione, implementazione, valutazione e revisione di un intervento composito, finalizzato ad individuare i bisogni delle persone e a soddisfarli nella maniera più adeguata, considerando le risorse disponibili e riconoscendo che tali bisogni sono unici per ogni persona [9].
Il soggetto attore di tale processo è il manager del caso, quale coordinatore e tessitore dei vari interventi, istituzionali e non, attuati sul paziente e responsabile del funzionamento dell'intero sistema di questi interventi.
Intagliata (1982) definisce cinque possibili obiettivi di tale strategia operativa:
– rafforzare la continuità delle prestazioni assistenziali;
– garantire l'accesso a un'erogazione delle prestazioni necessarie che sia globale, coordinata e progressiva;
– garantire l'accesso alle prestazioni mediante il superamento delle barriere amministrative;
– rafforzare la responsabilità per i risultati raggiunti designando un manager del caso;
– rafforzare l'efficienza del sistema, incrementando la probabilità che gli utenti ricevano tempestivamente le prestazioni appropriate [18].
Weil e Karls (1985) invece elencano otto funzioni di base del management del caso:
– identificazione e "aggancio" dell'utente;
– assessment individuale;
– pianificazione delle prestazioni necessarie e identificazione delle risorse;
– collegamento degli utenti con le prestazioni necessarie;
– implementazione e coordinamento delle prestazioni;
– monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni;
– advocacy;
– valutazione finale [19].
Ed infine è interessante il contributo della Case Management Society of America (1998) che individua quattro funzioni-chiave di un manager del caso:
– valutatore;
– pianificatore;
– facilitatore;
– patrocinatore (advocate) [20].
Al riguardo Jerrel e Ridgely (1999) sottolinenano che i programmi di trattamento riabilitativo integrato ispirati al management del caso offrono un aumento del livello dei risultati positivi, della compliance e una riduzione dei costi di gestione [21].
Ricerche empiriche inoltre hanno verificato che un approccio integrato comporta: riduzione dell'ospedalizzazione, aumento della stabilità abitativa, riduzione dell'uso di sostanze psicoattive e un aumento del livello di coinvolgimento del paziente.
Pertanto Modello Integrato e management del caso dovrebbero divenire la piattaforma condivisa sulla quale costruire protocolli operativi tra Servizi (Ser.T. - Servizio di Salute Mentale - Comunità Terapeutica) per la gestione assistenziale dei pazienti comorbili, con l'obiettivo primario di condividere la fase valutativa, gli approfondimenti diagnostici (clinici e strumentali), la tipologia degli interventi e dei programmi e gli indicatori di trattamento e le verifiche, per una presa in carico che diverrà appunto globale e integrata, evitando la "separazione dei luoghi di cura".

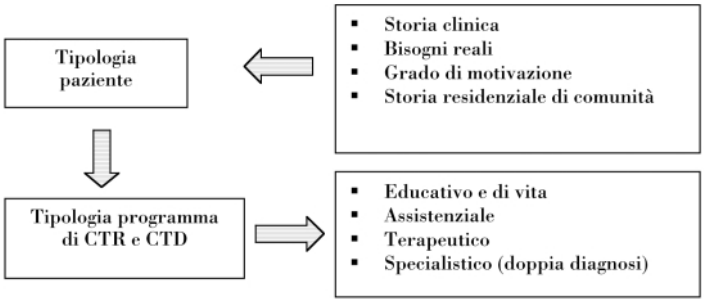
Modello operativo e iter procedurale nell'abbinamento del trattamento comunitario

Al fine di sistematizzare e rendere organico l'intervento di abbinamento (matching), è stato individuato un modello operativo, con la definizione delle procedure che costituiscono il processo di matching (tab. 1 e tab. 2).

Tab. 1 - Procedure per l'inserimento in CTR e CTD



Tab. 2 - Criteri per l'abbinamento del programma in CTR e CTD



Come emerge dallo schema, la proposta di inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna deve confluire all'interno dell'equipe curante, quale soggetto principale che attua la valutazione sul paziente ed il successivo abbinamento anche in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari Pubblici (Servizio di Salute Mentale, Consultorio Familiare, Consultorio Adolescenti, ...) e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale appartenenti al Sistema delle Dipendenze.
All'interno dell'equipe sono individuati successivamente (secondo criteri propri di ogni Servizio) un operatore referente sul caso (manager del caso) ed un'altra figura professionale in grado di assemblare una relazione di sintesi sul paziente e di stipulare un "contratto terapeutico" con la Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna.
Se da una parte, il "contratto terapeutico" con la Comunità è soggetto a formule e variabili che rispondono alle esigenze e/o alle caratteristiche specifiche delle singole Strutture Riabilitative, dall'altra parte la relazione di sintesi fondamentale per la scelta del programma riabilitativo individualizzato dovrebbe contenere alcuni immancabili punti cardine del paziente quali:
– i dati anagrafici;
– gli aggiornamenti sulla situazione tossicologica, medica, psicologica, psicopatologica, sociale e penale;
– la situazione clinica (secondo i 5 assi del DSM IV);
– la definizione degli obiettivi principali del programma riabilitativo e la stima dei tempi per la durata del programma riabilitativo.

In sintesi l'iter procedurale si compone della comunicazione iniziale tra Ser.T. e Comunità Terapeutica al fine di stabilire la data del primo contatto con il paziente segnalato ed i familiari se coinvolti nel programma riabilitativo; successivamente sarà necessario un primo colloquio con il paziente stesso presso la Comunità seguito da un incontro tra gli operatori del Ser.T. e della Comunità Terapeutica.
Ci si avvierà infine all'inserimento del paziente nel programma riabilitativo della Comunità. Si dovrà inoltre prevedere un monitoraggio del caso in trattamento mediante verifiche gestionali, comprendenti relazioni quadrimestrali sull'andamento del programma riabilitativo o sui "passaggi di fase" ed incontri periodici tra gli operatori del Ser.T. e della Comunità Terapeutica.
Il programma riabilitativo in Comunità Terapeutica ha come sbocco tre possibilità:
– la conclusione del programma, in caso di esito positivo;
– la ridefinizione del programma in itinere, qualora si modifichino gli obiettivi o le esigenze del paziente;
– l'interruzione del programma per abbandono o per espulsione del paziente, laddove non sussistano più i requisiti minimi previsti dal "contratto terapeutico".

Infine è necessario prevedere il rientro dalla Comunità, sia nella situazione in cui il paziente è diventato autonomo e in grado di gestirsi adeguatamente, sia nel caso in cui debba essere inserito in un programma di prevenzione della ricaduta o di reinserimento sociale e lavorativo.
Dal punto di vista metodologico devono anche essere considerati alcuni vincoli istituzionali quali la "disponibilità di budget" o un'eventuale lista di attesa stilata in base a criteri decisionali propri di ogni Servizio.
Un aspetto molto importante, relativo alla qualità dell'assistenza e preliminare all'abbinamento del trattamento riabilitativo comunitario, è quello di predisporre una "mappatura" delle varie Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne che si intendono utilizzare.
Questo tipo di lavoro dovrebbe censire tali Comunità secondo precisi criteri organizzativi e terapeutici delle Strutture Riabilitative, che erogano i servizi, e che portino a raccogliere le seguenti informazioni:
– personalità giuridica dell'Ente che gestisce la CTR e la CTD;
– categoria di appartenenza (a seconda dei criteri adottati da ogni singola Regione);
– tipologia della struttura (residenziale, semiresidenziale, diurna, ...);
– tipologia delle prestazioni erogate:

Aree di prestazioni fornite in base al programma riabilitativo:
– servizi di accoglienza;
– servizi terapeutico-riabilitativi;
– servizi di trattamento specialistici;
– servizi pedagogico-riabilitativi;
– servizi di tipo multidisciplinare integrato.

Tipologia delle prestazioni erogate:
– consulenza individuale e di gruppo;
– psicoterapia individuale e di gruppo;
– gruppi di auto aiuto;
– sostegno alla famiglia;
– attività pedagogico-educativa;
– supporto medico;
– trattamento medico ambulatoriale;
– trattamento farmacologico;
– supporto psichiatrico (trattamento psicofarmacologico);
– valutazione diagnostica multidisciplinare;
– assistenza in carcere;
– attività sportiva;
– attività culturale;
– formazione professionale;
– supporto nell'inserimento lavorativo e attività lavorativa.

Tipologia delle professionalità presenti (rilevandone il numero):
– operatore di comunità;
– educatore professionale;
– maestro artigiano;
– assistente sociale;
– psicologo;
– pedagogista;
– medico;
– psichiatra;
– infermiere;
– amministrativo.

Tipologia degli utenti a cui si rivolge la struttura:
– maschi;
– femmine;
– utenti con doppia diagnosi (comorbilità psichiatrica);
– madre/bambino;
– utenti con partner (in coppia);
– alcoldipendenti;
– utenti in affidamento al Servizio Sociale;
– utenti agli arresti domiciliari.

Conclusioni

L'obiettivo di questo contributo non è quello di creare un modello teorico di riferimento, ma di far sì che l'abbinamento (matching) del trattamento riabilitativo comunitario si svolga secondo un approccio valutativo, pragmatico, approfondito e completo e che si configuri come l'intensificarsi della possibilità di interventi mirati e selettivi, che comprendano la scelta di risorse e strumenti psicosociali e farmacologici differenti, tra cui anche la Comunità Terapeutica Residenziale e Diurna.
Secondo questa metodologia si acquisiscono informazioni più complete e codificate rispetto al paziente, si contribuisce all'apporto di tutte le figure professionali dell'equipe curante coinvolte nel percorso riabilitativo e si produce una sintesi sul caso il più esauriente possibile.
Inoltre si contribuisce ad alimentare ed organizzare la memoria storica su un determinato paziente e si evitano i problemi di perdita di informazioni, connessi al turn-over degli operatori ed alla discontinuità della presenza in servizio.
Infine le informazioni sul paziente sono di tipo più "globale", ossia comprensive di tutti gli elementi bio-psico-sociali previsti dal DSM IV, e consentono di parlare un linguaggio "universalmente" conosciuto e condiviso e di costruire un percorso riabilitativo egualmente condiviso all'interno del Sistema delle Dipendenze.

Bibliografia

[1] Gallimberti L., "Alcune riflessioni sul trattamento e la prevenzione della dipendenza da droghe", in Gallimberti L., "Disagio individuale, collettivo e droga", *Essecoop 2000*, Venezia, 1984.
[2] Gatti R.C., "La professione", in Gatti R.C., *Manuale per gli operatori del Servizio Pubblico*, Franco Angeli, Milano, 1998.
[3] Daini L., Maremmani I., "Sintomi psicopatologici durante il trattamento della dipendenza da eroina. Uno strumento per la valutazione del programma?", in Maremmani I., Mazzesi S., *Progetto Aliante*, Pisa, 1999.
[4] Ferrario F., "Accoglienza ed esame di realtà: la fase di contatto nel processo di aiuto", in Ferrario F., *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, NIS, Roma, 1996.
[5] Gerra G., "La decisione di prendersi cura di sé", in Gerra G., *Tossicodipendenza e alcolismo, un approccio clinico pratico*, Mediserve, Milano, 1998.
[6] Rollnick S., "Il colloquio motivazionale: aumentare la disponibilità al cambiamento", in Guelfi G.P., Spiller V., "Motivazione e stadi del cambiamento nella tossicodipendenza", *Il Vaso di Pandora*, 4, 1994.
[7] De Leon G., "Comunità Terapeutiche", in Galanter M., Kleber D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive*, Masson, Milano, 1998.
[8] Condelli W.S., De Leon G., "Fattori predittivi fissi e dinamici della permanenza dei pazienti nelle comunità terapeutiche", *Basis*, 7, 1994.
[9] Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., "Modelli terapeutici e case management", in *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica*, Editeam, Bologna, 2002.
[10] Clerici M., Carrà G., "Implicazioni cliniche della comorbilità per depressione nei disturbi da uso di sostanze", *Bollettino OMS Salute Mentale e Neuroscienze*, 3, 4, 1997.
[11] Osher FC., Kofoed L.L., "Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders", *Hospital and Community Psichiatry*, 40, 10, 1989.
[12] Minkoff K., "An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction", *Hospital and Community Psichiatry*, 40, 10, 1989.
[13] Backmann K.M., Moggi F., Hirsbrunner H.P., Donati R., "An integrated treatment program for dually diagnosed patients", *Psichiatry Services*, 48, 3, 1997.
[14] Tsuang J.W., Ho A.P., Eckman T.A., Shaner A. Cowley D., "Dual diagnosis treatment for patients with schizophrenia who are substance dependent", *Psichiatry Services*, 7, 1997.
[15] Mercer D., Mueser K.T., Drake R., "Organizational guidelines for dual disorders programs", *Psichiatry Quaterly*, 69, 3, 1998.
[16] Milesi A., Clerici M., "Conclusioni: il paziente in 'doppia diagnosi'. Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale", *NOOS*, 2, 2000.
[17] Hall J., Carswell C., Walsh E., Huber D.L., Jampoler J.S., "Il case management nel trattamento delle tossicodipendenze", *Lavoro Sociale*, 1, 2003.
[18] Intagliata J., "Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of the case management", in *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1982.
[19] Weil M., Karls J.M., "Case management in human services practice", San Francisco, Jossey-Bass, 1985.
[20] Case Management Society of America, *Standards of practice for case management*, Little Rock Author, 1998.
[21] Ridgely M.S., Willenbring M., Application of case management to drug abuse treatment: Overview of models and research issues", in Ashery R. (a cura di), "Progress and issues in case management", Rockville, U.S. Department of health and Human Services, *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration*, 127, 1992.

L'acido gamma-idrossi-butirrico (GHB) come farmaco

Gilberto Gerra[*], *Amir Zaimovic*[*]

Meccanismo d'azione del GHB

L'acido gamma-idrossibutirrico (GHB) è una sostanza psicoattiva, usata come anestetico, e presente anche in natura, verosimilmente come neurotrasmettitore, derivato dall'acido gamma-aminobutirrico.
Il problema dell'individuazione del sito d'azione del GHB è ancora non del tutto chiarito e riveste una particolare complessità.
A concentrazioni micromolari il GHB si lega a suoi specifici recettori ad alta e bassa affinità, presenti in determinate aree del cervello, mentre a concentrazioni millimolari coinvolgerebbe i recettori gabaergici, in particolare i recettori GABA B.
Il GHB inibirebbe, sempre grazie al legame con i suoi specifici recettori, i potenziali post-sinaptici Ca-mediati, influendo sui recettori degli aminoacidi eccitatori, glutammico e aspartico (NMDA e AMPA) (Cammalleri *et al.*, 2002).
Sia l'azione che coinvolge i recettori GABA B, sia la capacità di modulare gli NMDA recettori, possono spiegare le interferenze del farmaco sullo stato di vigilanza, sul ritmo sonno veglia, sui livelli di ansia e la possibilità di sostituirsi all'alcool, senza che l'animale da esperimento possa discriminare tra le due sostanze (Colombo *et al.*, 1998).
Altre evidenze recenti hanno confermato che il GHB agisce su recettori specifici propri e svolge una diretta azione come debole agonista anche sui recettori GABA B (Wu *et al.*, 2003): come è noto tali recettori sembrano essere coinvolti strettamente nella modulazione dei neuroni dopaminergici, così strettamente implicati nell'instaurarsi dei disturbi addittivi.
Il flumazenil si è mostrato capace di antagonizzare gli effetti neuroendocrini del GHB nell'uomo (Gerra *et al.*, 1994a) e gli effetti comportamentali connessi allo stato ansioso nell'animale da esperimento (Schmidt-Mutter *et al.*, 1998), sollevando il problema della complessità delle alterazioni recettoriali che coinvolgerebbero l'intero insieme del recettore GABA-ergico, compresi i siti di legame delle benzodiazepine, in relazione all'azione del GHB.
Il naloxone non sembra antagonizzare gli effetti neuroendocrini del GHB, che invece sono modulati dalla metergolina, antagonista serotoninergico, lasciando ipotizzare anche interferenze del GHB sulla trasmissione serotoninergica (Gerra *et al.*, 1995).
L'astinenza da alcool si associa a un incremento misurabile, già poche ore dopo la sospensione dell'assunzione della sostanza, dell'RNA messaggero preposto alla trascrizione della sub-unità alfa 4 del complesso recettoriale GABA A (Follesa *et al.*, 2003).
Il GHB sarebbe capace di prevenire questo incremento, influendo quindi in modo sostanziale sul metabolismo neuronale e sulle alterazioni sottese alla sintomatologia astinenziale.
Infine, alle dosi utilizzate in terapia nell'uomo il GHB non sembra capace di indurre cambiamenti significativi della prolattina, notoriamente sotto il controllo dopaminergico (Gerra *et al.*, 1994b), suggerendo che l'azione del farmaco sulla dopamina, da alcuni ipotizzata, non sarebbe del tutto certa, almeno per ciò che concerne l'asse ipotalamo-ipofisi e alle dosi terapeutiche.

[*] *Centro Studi Farmaco-tossicodipendenze, AUSL di Parma.*

GHB impiegato come anestetico, in terapia intensiva e nei disturbi del sonno

Il GHB è stato utilizzato per oltre trenta anni come anestetico in ambito clinico, per via endovenosa.
Secondo alcuni autori, il farmaco avrebbe una azione favorevole nei traumi cerebrali, con edema cerebrale ed ischemia, in relazione alla riduzione del metabolismo energetico che è capace di indurre (Kleinschmidt and Mertzlufft, 1995).
Anche nei casi di scompenso cardiaco gli effetti del GHB sulla pressione si traducono in un vantaggio per la funzione cardiocircolatoria.
Il GHB potrebbe avere un ruolo importante in anestesiologia, proprio negli stati di anossia, a causa dei quali si verificano elevati livelli di aminoacidi eccitatori e di radicali liberi: la azione anti-ossidante del GHB può servire in questi casi ad antagonizzare il quadro metabolico prodotto dallo stato ischemico (Escuret, 1991).
A confronto con il propofol il GHB mostra analoga efficacia come anestetico, inducendo un quadro emodinamico, respiratorio ed endocrino sovrapponibile (Kleinschmidt *et al.*, 1999).
Il farmaco è impiegato anche per i disturbi del sonno, come la narcolessia (Wu *et al.*, 2003), mostrandosi efficace nel contrastare la catalessia, la sonnolenza e ripristinare almeno in parte il ritmo sonno-veglia.

GHB nella disassuefazione da alcool

Il GHB appare efficace nel controllare i sintomi dell'astinenza da alcool nei soggetti dipendenti, come documentato da diversi studi (Gallimberti *et al.*, 1989; Addolorato *et al.*, 1999; Beghe and Carpanini, 2000).
In particolare, secondo Addolorato, il GHB mostra un vantaggio sulle benzodiazepine per quanto riguarda il controllo dell'ansia, dell'agitazione e della disforia.
Anche altri studi indicano che il trattamento a breve termine con dosi decrescenti di GHB ridurrebbe i sintomi dell'astinenza da alcool, con risultati più soddisfacenti delle BZD, soprattutto per quanto riguarda i sintomi di carattere adrenergico (Lenzenhuber *et al.*, 1999), ma con un minor controllo rispetto all'emergere delle allucinazioni.
D'altra parte, le benzodiazepine producono con facilità negli alcoolisti sintomi paradossi che comprendono irritabilità, ansia, agitazione psicomotoria e tremore, intensi cambiamenti dell'umore e una dipendenza spesso più intensa di quella da alcool.
La sintomatologia paradossa causata dalle benzodiazepine viene spesso confusa, in termini diagnostici, con i sintomi dell'astinenza da alcool, inducendo addirittura un incremento del dosaggio dei tranquillanti che rende la situazione sempre più problematica.
Anche a confronto con il clometiazolo il GHB ottiene, nel trattamento a breve termine dell'astinenza da alcool, risultati similari, senza che si sviluppi una successiva astinenza dallo stesso GHB (Nimmerrichter *et al.*, 2002).
L'utilizzo del GHB a dosi decrescenti per il trattamento dell'astinenza ha soppiantato in diverse parti del paese una strategia terapeutica quanto mai "artigianale", e squalificante per il medico, quale la riduzione progressiva dell'assunzione di alcolici, utilizzata per controllare i sintomi astinenziali, con l'assenso a bere vino, spesso all'interno delle strutture ospedaliere.

GHB nel trattamento di mantenimento nell'alcoolismo

Un trattamento a medio-lungo termine con GHB a dosi di mantenimento è stato sperimentato per il trattamento dell'alcoolismo con risultati incoraggianti rispetto alle finalità di ridurre il craving e prevenire le ricadute (Addolorato *et al.*, 1996).
I soggetti trattati rimanevano astinenti nel 78% dei casi durante la somministrazione del farmaco con una consistente riduzione del desiderio compulsivo per le bevande alcoliche. Ad una valutazione a 6 mesi dalla sospensione dal trattamento il 25% dei soggetti erano ancora astinenti.
In una popolazione di alcoolisti, che presentavano i criteri di resistenza al trattamento, la terapia con GHB a mantenimento sembra aver ottenuto un migliore outcome, in termini di ritenzione e astensione dall'alcool, di quanto rilevato nello stesso campione senza GHB (Maremmani *et al.*, 2001).
In particolare i risultati più soddisfacenti si sono verificati nei soggetti in cui la somministrazione avveniva per dosi frazionate a maggior frequenza.
Nel confronto tra GHB e naltrexone, il GHB appare più efficace nel mantenere l'astensione dall'alcool a breve termine, mentre il naltrexone sembra essere maggiormente utile nell'impedire la ricaduta a medio-lungo termine (Caputo *et al.*, 2003).

GHB nel trattamento della dipendenza da oppiacei

È stato verificato sperimentalmente quanto il pretrattamento con GHB, prima dell'induzione dell'astinenza da oppiacei con naloxone, fosse in grado di modulare le risposte neuro-fisiologiche e psicologiche prodotte dall'impatto con gli antagonisti dei recettori oppioidi (Rosen *et al.*, 1997): sono stati dimostrati cambiamenti inconsistenti dal punto di vista fisiologico, ma notevoli differenze nella percezione dei soggetti sottoposti alla sperimentazione.
I dati ottenuti nello studio di Gallimberti su pazienti eroinomani (Gallimberti *et al.*, 1993) paiono evidenziare la capacità del GHB di contrastare con buoni risultati i sintomi dell'astinenza da oppiacei.
Similmente, un nostro studio su pazienti eroinomani conferma la possibilità di impiegare il GHB anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei, in particolare in combinazione con il naltrexone, in modo da impedire il contemporaneo utilizzo di eroina e l'eventuale azione sinergica della stessa con il GHB prescritto (Gerra *et al.*, 1994).

GHB nel trattamento dell'ansia

Il GHB mostra nell'animale da esperimento una significativa efficacia come ansiolitico (Schmidt-Mutter *et al.*, 1998).
Molte evidenze in ambito clinico, nella esperienza dei Servizi di alcoologia nel nostro paese, rilevano un effetto ansiolitico anche nell'uomo che meriterebbe di essere meglio investigato al fine di ottenere rilievi scientifici in questo ambito.

Il GHB come sostanza d'abuso: il rischio di dipendenza e gli effetti avversi

Il GHB è divenuto popolare, in alcune aree dell'occidente, come sostanza d'abuso utilizzata nelle discoteche, nelle palestre, senza prescrizione e a dosaggi inappropriati: tale utilizzo non terapeutico del GHB è diffuso anche in alcuni paesi europei (Feldman and Croquette-Krokar, 2002), e, almeno apparentemente, molto meno ampiamente in Italia. Le aspettative nei confronti del GHB di coloro che ne abusano riguardano l'effetto euforizzante e l'azione metabolica, considerata efficace nel "bruciare i grassi" (Li *et al.*, 1998).
Il GHB viene usato sin dal 1990 negli Stati Uniti sia per gli effetti euforizzanti che per quelli sedativi e anabolizzanti, con casi di coma e convulsioni segnalati dopo l'assunzione della sostanza in dosi da abuso, e facilità allo sviluppo di dipendenza, con crisi astinenziale alla sospensione dell'assunzione (Galloway *et al.*, 1997).
L'astinenza da GHB comprenderebbe insonnia, ansia e tremore e si risolverebbe in 3-12 giorni, in relazione ai dosaggi utilizzati e alla condizione individuale.
Gli effetti avversi comunemente osservati comprendono la secchezza delle fauci, la nausea, il vomito, le contrazioni muscolari, sino a vere e proprie convulsioni, e quadri sincopali con coma di breve durata (Cam and Yoong, 1998).
Altri studi riportano, nei soggetti che utilizzano il GHB con maggiore frequenza, condizioni di perdita di coscienza nel 66%, casi di overdose nel 28% e amnesia nel 13%.
Forme di astinenza con ansia, tremore e delirio sono descritte dagli stessi autori (Miotto *et al.*, 2001).
Una forma di astinenza drammatica con episodi psicotici, severa agitazione, tachicardia e ipertensione, allucinazioni uditive e visive, nausea e vomito è stata descritta alla sospensione del GHB (Dyer *et al.*, 2001).
Sebbene in queste esperienze cliniche e nell'animale da esperimento sia stata dimostrata una astinenza marcata alla sospensione brusca del GHB, segno dell'essersi instaurata una dipendenza fisica intensa (Bania *et al.*, 2003), in alternativa, nell'uomo, l'esistenza di un quadro astinenziale vero e proprio viene messo in discussione da altri autori: in pazienti che avevano usato il GHB per la narcolessia, i sintomi che comprendono ansia, vertigini e insonnia alternata a sonnolenza alla sospensione del farmaco potrebbero, da un lato, rappresentare un quadro astinenziale, e dall'altro essere semplicemente espressione del ritorno dei sintomi della narcolessia (No authors listed, 2003).
Secondo recenti segnalazioni, l'astensione dal GHB, attuata mediante l'interruzione rapida dell'assunzione, comporterebbe l'emergere di disturbi psichiatrici gravi in alcuni casi (Rosenberg *et al.*, 2003), con forme allucinatorie che possono avere serie conseguenze per la salute e per la sicurezza sociale.
La diffusione del GHB come sostanza d'abuso potrebbe essere stata sottostimata: il farmaco è stato ritrovato sia nel caso di controlli tossicologici occasionali, sia in casi di guida pericolosa sotto l'influenza della sostanza, sia in casi di morte inspiegabile (Bosman and Lusthof, 2003).
In aggiunta, rischi di violenza sessuale durante periodi di incoscienza causati dal GHB, sono stati riportati ripetutamente (Stillwell *et al.*, 2003), ma in molti casi la compresenza dell'utilizzo di altri farmaci rende difficile l'attribuire l'intera responsabilità di tali problematiche semplicemente all'assunzione di GHB.
Le vittime dell'abuso sessuale sotto l'azione del GHB perdono la capacità di reagire all'aggressore, sviluppano amnesia e sono testimoni inattendibili (Smith *et al.*, 1999). D'altra parte la relazione tra GHB e violenza sessuale nei "rave" non è ancora del tutto chiara, considerando che gran parte dei casi riportati, in cui il GHB è rilevato alle analisi tossicologiche, non tengono conto della possibilità della produzione di GHB endogeno: gli autori francesi asseriscono di non saper dirimere "tra mito e realtà" per quanto riguarda la reale responsabilità del GHB in tali episodi (Deveaux *et al.*, 2002).
L'associazione nell'ambito delle discoteche di sostanze quali la ketamina, gli amfetamino-derivati e il GHB, verosimilmente assunte anche insieme, rende il quadro ancora più preoccupante, con la segnalazione di un incremento delle visite mediche urgenti connesse a tali consumi in California (Freese *et al.*, 2002).
Gli stessi rilievi sul GHB vengono dal Regno Unito, dove la sostanza è segnalata con frequenza tra le cosiddette "droghe ricreazionali" delle notti del weekend (Gross *et al.*, 2002)

Il GHB come sostanza d'abuso: casi di morte

Il rischio che il GHB induca casi di morte, tra i soggetti che lo assumono senza prescrizione e nelle varie forme di abuso, indu-

cendo quadri conclamati di collasso cardio-circolatorio e arresto respiratorio, è sottolineato da più parti, con quadri sintomatologici che si manifestano all'inizio con bradicardia marcata e rallentamento della frequenza degli atti respiratori (Boyce *et al.*, 2000).
Un certo numero di evidenze, riportate dalla letteratura, indica tra gli esiti dell'abuso di GHB una profonda depressione respiratoria sino all'arresto, deformazione dello stato di coscienza e astinenza alla sospensione, sovrapponibile a quella verificabile alla sospensione dei sedativo-ipnotici o dell'alcool (Mason and Kerns WP 2nd, 2002).
Il rilievo di stati di avvelenamento con GHB, sempre in termini di case report, ad indicare la pericolosità della sostanza (Muller, 2003), merita di essere verificato con cautela in relazione a una valutazione non sempre appropriata degli aspetti tossicologici.
In Australia, una elevata frequenza di casi di overdose da GHB sarebbe stata rilevata tra i giovani (Degenhardt *et al.*, 2003), e questo non in soggetti marginalizzati o socialmente svantaggiati, ma in prevalenza tra quelli con un buon livello di scolarizzazione, un impiego stabile e scarsa incidenza di abuso di sostanze e problemi legali.
L'unica caratteristica predittiva del rischio di overdose, nel campione studiato in Australia, appariva essere l'entità e la durata dell'esposizione al GHB stesso, indicando che tali soggetti dovevano avere sviluppato una forma di dipendenza più intensa, verosimilmente a causa di uno stato individuale di vulnerabilità psicobiologica.
In altri casi di morte per i quali il GHB sarebbe stata la causa principale, la condizione di coma si verificava in consumatori di metamfetamine o in soggetti che facevano uso multiplo di droghe e abuso di alcool: considerando gli effetti dell'alcool sulla cinetica del GHB si possono più facilmente verificare le condizioni che inducono il collasso cardiocircolatorio e l'arresto respiratorio (Karch *et al.*, 2001).
In un caso di morte probabilmente causata dal GHB, descritto nel nostro paese, il farmaco era stato prescritto alcuni mesi prima, e al momento dell'evento fatale era stato assunto insieme con l'eroina. Il GHB veniva ritrovato nei liquidi biologici di questo soggetto in una concentrazione elevata, tale da far escludere che si potesse trattare della sostanza endogena (Ferrara *et al.*, 1995), ma la causa della morte potrebbe essere attribuita più all'azione sinergica del morfinico insieme con il GHB, che non al GHB in sé.
Problematiche certamente ancora oggetto di approfondimento, e fonte di discussione nell'ambito della tossicologia forense, riguardano la valutazione dei livelli di GHB nei liquidi biologici.
Infatti, essendo il GHB una sostanza endogena presente anche in condizioni naturali, notevoli dubbi possono essere sollevati rispetto alla distinzione tra il GHB come farmaco e il GHB endogeno, al momento di una valutazione diagnostica riguardo alle cause di morte o ad effetti avversi di varia natura.
Una serie di evidenze sembrano indicare che il GHB debba essere valutato sia nel sangue che nelle urine, con un cut-off rispettivamente di 4 e 10 mg/l, sotto il quale non è possibile determinare se la sostanza rilevata sia di natura esogena o endogena (Elliott, 2003).
Lo stesso tipo di limite viene indicato da altri per le analisi di tossicologia forense di routine (Yeatman and Reid, 2003), con l'impossibilità di stabilire l'assunzione di GHB esogeno a livelli inferiori ai 10 mg di GHB nelle urine: tali considerazioni potrebbero indurre una rivalutazione di diversi casi di morte in cui non si è tenuto conto della possibilità che il GHB rilevato fosse di natura endogena, attribuendo la causa della morte stessa all'abuso di GHB senza ulteriori approfondimenti.
Occorre inoltre tener presente che esiste una notevole variabilità nei livelli urinari di GHB, sia inter-individuale che intra-individuale, con modificazioni significative, durante le diverse ore del giorno, con l'induzione possibile di ulteriori "misunderstanding" diagnostici (LeBeau *et al.*, 2002).
Esiste la possibilità che il GHB riscontrato nel cadavere in concentrazione elevata non sia espressione dello stato di intossicazione, ma di un artefatto connesso alla produzione di GHB post-mortem, così come la sostanza potrebbe essere prodotta in elevata quota nei campioni di sangue prelevati prima della morte, seguendo i normali processi metabolici (Karch *et al.*, 2001)
Peraltro, valutazioni sulla cinetica che prendono in considerazione la breve emivita del GHB consentono di affermare che, alle dosi utilizzate in terapia per i pazienti alcoolisti, il GHB non va incontro a fenomeni di accumulo e non può causare seri effetti avversi o conseguenze che mettano a rischio la sopravvivenza (Ferrara *et al.*, 1992).

Modalità di somministrazione appropriata del GHB

Proprio con la finalità di evitare le forme di abuso, la diversione e l'utilizzo sul mercato illegale, con il conseguente possibile rischio per la salute, l'aggravarsi del disturbo addittivo e in qualche caso addirittura la morte causata dal farmaco, il GHB deve essere gestito da servizi specialistici, o comunque con un'assunzione di responsabilità da parte dello specialista.
Il farmaco deve essere somministrato quotidianamente, e direttamente al paziente quando possibile: le dosi frazionate per le ore serali devono essere affidate ai famigliari, rendendoli pienamente consapevoli del fatto che si tratta di un farmaco depressore del sistema nervoso centrale, con i conseguenti possibili rischi e la pericolosità connessa agli effetti intrinseci.
L'utilizzo delle confezioni da 1,75 mg, in un formato corrispondente alla dose singola, evita che l'intero flacone da 24,5 mg sia consegnato ai pazienti, o alle loro famiglie, con una possibile riduzione dei casi di abuso e dipendenza.
Uno stretto controllo tossicologico delle urine, compresa l'alcooluria, e la frequente valutazione gasanalitica consentono di verificare la possibile contemporanea assunzione di sostanze illegali, o l'abuso di alcool che eventualmente perduri durante il trattamento con GHB, in modo da prevenire reazioni avverse e casi di morte connessi con l'azione sinergica di tali sostanze.
Anche l'associazione con farmaci prescritti deve essere monitorata e valutata accuratamente, evitando in particolare che si vengano a sommare gli effetti delle benzodiazepine, spesso assunte dagli alcoolisti in dosaggi d'abuso, con l'azione di depressione del sistema nervoso centrale prodotta dal GHB.
Il manifestarsi di comportamenti "petitivi" insistenti, con pressioni indebite, richiesta di aumento delle dosi, utilizzo inappropriato del GHB, già all'inizio della terapia, suggerisce particolare cautela e verosimilmente una rapida interruzione della somministrazione del farmaco: i pazienti che manifestano questo tipo di reazioni comportamentali, con craving per il GHB intenso, un desiderio incontrollabile della sostanza e la necessità di dosi ravvicinate, potrebbero presentare quelle condizioni di vulnerabilità individuale che favoriscono lo sviluppo della dipendenza e dell'abuso.
In alcuni casi, il farmaco viene abusato dal paziente in relazione a tentativi di automedicazione di disturbi in comorbidità psichiatrica con l'alcoolismo, in risposta all'ansia, come sollievo dallo stress, e per facilitare il controllo dell'aggressività.
Nei soggetti divenuti dipendenti dal GHB per queste ragioni, all'iniziale miglioramento del quadro sintomatologico segue ovviamente un aggravarsi delle problematiche psichiche.
Infine l'utilizzo di dosi frazionate molto frequenti, nel tentativo di ovviare alla breve emivita del GHB, la associazione di un trattamento psicosociale intenso e l'avvio del paziente, nell'arco di alcuni mesi, a ridurre le dosi iniziali, a loro volta contribuiscono ad evitare le complicanze e le reazioni avverse connesse all'abuso del farmaco, nonché il rischio dello sviluppo di una dipendenza.
La casistica di alcoolisti trattata presso il Ser.T. di Parma negli anni dal 1998 al 2001, seguendo questi criteri clinici rigorosi, ha presentato una ristrettissima incidenza di casi di abuso e dipen-

denza (2,3%), con una difficoltà non eccessiva ad interrompere il trattamento.
Nessun caso di morte connesso con il GHB è stato rilevato, sia nella popolazione in trattamento, sia nell'area della provincia in cui una possibile diversione del farmaco potrebbe aver prodotto uso non prescritto e abuso.

Bibliografia

Addolorato G., Balducci G., Capristo E., Attilia M.L., Taggi F., Gasbarrini G., Ceccanti M., "Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized comparative study versus benzodiazepine", *Alcohol Clin Exp Res*, 1999, Oct; 23(10):1596-604.

Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F., Casella G., Caputo F., Marsigli L., Bernardi M., Gasbarrini G., "An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects" *GHB Study Group. Alcohol Alcohol*, 1996, Jul; 31(4):341-5.

Bania T.C., Chu J., Ashar T., O'Neil M., Press G., Carey P.M., "Severe Gamma-hyroxybutyric Acid Withdrawal in an Animal Model", *Acad Emerg Med*, 2003, May; 10(5):518-9.

Beghe F., Carpanini M.T., "Safety and tolerability of gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol-dependent patients", *Alcohol*, 2000, Apr; 20(3):223-5.

Bosman I.J., Lusthof K.J., "Forensic cases involving the use of GHB in The Netherlands", *Forensic Sci Int*, 2003, Apr 23; 133(1-2):17-21.

Boyce S.H., Padgham K., Miller L.D., Stevenson J., "Gamma hydroxybutyric acid (GHB): an increasing trend in drug abuse", *Eur J Emerg Med*, 2000, Sep; 7(3):177-81.

Cammalleri M., Brancucci A., Berton F., Loche A., Gessa G.L., Francesconi W., "Gamma-hydroxybutyrate reduces GABA(A)-mediated inhibitory postsynaptic potentials in the CA1 region of hippocampus", *Neuropsychopharmacology*, 2002, Dec; 27(6):960-9.

Caputo F., Addolorato G., Lorenzini F., Domenicali M., Greco G., del Re A., Gasbarrini G., Stefanini G.F., Bernardi M., "Gamma-hydroxybutyric acid versus naltrexone in maintaining alcohol abstinence: an open randomized comparative study", *Drug Alcohol Depend*, 2003, May 1; 70(1):85-91.

Colombo G., Agabio R., Lobina C., Reali R., Gessa G.L., "Involvement of GABA(A) and GABA(B) receptors in the mediation of discriminative stimulus effects of gamma-hydroxybutyric acid", *Physiol Behav*, 1998, Jun 1; 64(3):293-302.

Degenhardt L., Darke S., Dillon P., "The prevalence and correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) overdose among Australian users", *Addiction*, 2003, Feb; 98(2):199-204.

Deveaux M., Renet S., Renet V., Gaulier J.M., Kintz P., Verstraete A., Gosset D., "Use of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) at rave parties and in date rape in France: myth of reality?", *Acta Clin Belg Suppl*, 2002; (1):37-40.

Dyer J.E., Roth B., Hyma B.A., "Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome", *Ann Emerg Med*, 2001, Feb; 37(2):147-53.

Elliott S.P., "Gamma hydroxybutyric acid (GHB) concentrations in humans and factors affecting endogenous production", *Forensic Sci Int*, 2003, Apr 23; 133(1-2):9-16.

Escuret E., "Sodium gamma-hydroxybutyrate. Certainties and therapeutic potentialities", *Agressologie*, 1991; 32(8-9 Spec No):417-26.

Feldman N., Croquette-Krokar M., "New Drugs: Ectasy and Gamma-Hydroxy-Butyrate (GHB)", *Vertex*, 2002, Mar-May; 13(47):5-8.

Ferrara S.D., Tedeschi L., Frison G., Rossi A., "Fatality due to gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and heroin intoxication", *J Forensic Sci*, 1995, May; 40(3):501-4.

Ferrara S.D., Zotti S., Tedeschi L., Frison G., Castagna F., Gallimberti L., Gessa G.L., Palatini P., "Pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyric acid in alcohol dependent patients after single and repeated oral doses", *Br J Clin Pharmacol.*, 1992, Sep; 34(3):231-5.

Follesa P., Mancuso L., Biggio F., Mostallino M.C., Manca A., Mascia M.P., Busonero F., Talani G., Sanna E., Biggio G., "Gamma-hydroxybutyric acid and diazepam antagonize a rapid increase in GABA(A) receptors alpha(4) subunit mRNA abundance induced by ethanol withdrawal in cerebellar granule cells", *Mol Pharmacol*, 2003, Apr; 63(4):896-907.

Freese T.E., Miotto K., Reback C.J., "The effects and consequences of selected club drugs", *J Subst Abuse Treat*, 2002, Sep; 23(2):151-6.

Gallimberti L., Canton G., Gentile N., Ferri M., Cibin M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Lancet*, 1989, Sep 30; 2(8666):787-9.

Gallimberti L., Cibin M., Pagnin P., Sabbion R., Pani P.P., Pirastu R., Ferrara S.D., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of opiate withdrawal syndrome", *Neuropsychopharmacology*, 1993, Aug; 9(1):77-81.

Galloway G.P., Frederick S.L., Staggers F.E. Jr., Gonzales M., Stalcup S.A., Smith D.E., "Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence", *Addiction*, 1997, Jan; 92(1):89-96.

Gerra G., Caccavari R., Fontanesi B., Fertonani Affini G., Maestri D., Avanzini P., Zaimovic A., Franchini D., Delsignore R., "Naloxone and metergoline effects on growth hormone response to gamma-hydroxybutyric acid", *Int Clin Psychopharmacol*, 1995, Nov; 10(4):245-50.

Gerra G., Caccavari R., Fontanesi B., Marcato A., Fertonani-Affini G., Maestri D., Avanzini P., Lecchini R., Delsignore R., "Flumazenil effects on growth hormone response to gamma-hydroxy-butyric acid", *International Clin. of Psychopharmacology*, 9:211-215, 1994a.

Gerra G., Marcato A., Fertonani Affini G., Avanzini P., Lecchini R., Maestri D., Fontanesi B, Caccavari R., Delsignore R., "Gamma-hydroxy-butyric acid (GHB) and neuroendocrine function in humans", *Neuroendocrinol Lett.*, 16: 1, 1994b.

Kam P.C., Yoong F.F., "Gamma-hydroxybutyric acid: an emerging recreational drug", *Anaesthesia*, 1998, Dec; 53(12):1195-8.

Karch S.B., Stephens B.G., Nazareno G.V., "GHB. Club drug or confusing artifact?", *Am J Forensic Med Pathol*, 2001, Sep; 22(3):266-9.

Kleinschmidt S., Mertzlufft F., "Gamma-hydroxybutyric acid-significance for anesthesia and intensive care medicine?", *Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 1995, Nov; 30(7):393-402.

Kleinschmidt S., Schellhase C., Mertzlufft F., "Continuous sedation during spinal anaesthesia: gamma-hydroxybutyrate vs. propofol", *Eur J Anaesthesiol*, 1999, Jan; 16(1):23-30.

LeBeau M.A., Christenson R.H., Levine B., Darwin W.D., Huestis M.A., "Intra- and interindividual variations in urinary concentrations of endogenous gamma-hydroxybutyrate", *J Anal Toxicol*, 2002, Sep; 26(6):340-6.

Lenzenhuber E., Muller C., Rommelspacher H., Spies C., "Gamma-hydroxybutyrate for treatment of alcohol withdrawal syndrome in intensive care patients. A comparison between with two symptom-oriented therapeutic concepts", *Anaesthesist*, 1999, Feb; 48(2):89-96.

Li J., Stokes S.A., Woeckener A., "A tale of novel intoxication: a review of the effects of gamma-hydroxybutyric acid with recommendations for management", *Ann Emerg Med*, 1998, Jun; 31(6):729-36.

Maremmani I., Lamanna F., Tagliamonte A., "Long-term therapy using GHB (sodium gamma hydroxybutyrate) for treatment-resistant chronic alcoholics", *J Psychoactive Drugs*, 2001, Apr-Jun; 33(2):135-42.

Mason P.E., Kerns W.P. 2nd, "Gamma hydroxybutyric acid (GHB) intoxication", *Acad Emerg Med*, 2002, Jul; 9(7):730-9.

Miotto K., Darakjian J., Basch J., Murray S., Zogg J., Rawson R., "Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects and withdrawal", *Am J Addict*, 2001, Summer; 10(3):232-41.

Muller A.A., "GHB poisoning: three recent cases reflect the continuing danger", *J Emerg Nurs*, 2003, Feb; 29(1):72-4.

Nimmerrichter A.A., Walter H., Gutierrez-Lobos K.E., Lesch O.M., "Double-blind controlled trial of gamma-hydroxybutyrate and clomethiazole in the treatment of alcohol withdrawal", *Alcohol Alcohol*, 2002, Jan-Feb; 37(1):67-73.

No authors listed, "The abrupt cessation of therapeutically administered sodium oxybate (GHB) does not cause withdrawal symptoms", *J Toxicol Clin Toxicol*, 2003; 41(2):131-5.

Rosen M.I., Pearsall H.R., Woods S.W., Kosten T.R., "Effects of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in opioid-dependent patients", *J Subst Abuse Treat*, 1997, Mar-Apr; 14(2):149-54.

Rosenberg M.H., Deerfield L.J., Baruch E.M., "Two cases of severe gamma-hydroxybutyrate withdrawal delirium on a psychiatric unit: recommendations for management", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2003, May; 29(2):487-96.

Schmidt-Mutter C., Pain L., Sandner G., Gobaille S., Maitre M., "The anxiolytic effect of gamma-hydroxybutyrate in the elevated plus maze is reversed by the benzodiazepine receptor antagonist, flumazenil", *Eur J Pharmacol*, 1998, Jan 19; 342(1):21-7.

Smith K.M., "Drugs used in acquaintance rape", *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 1999, Jul-Aug; 39(4):519-25; quiz 581-3.

Stillwell M.E., "Drug-facilitated sexual assault involving gamma-hydroxybutyric acid", *J Forensic Sci*, 2002 Sep; 47(5):1133-4.

Wu H., Zink N., Carter L.P., Mehta A.K., Hernandez R.J., Ticku M.K., Lamb R., France C.P., Coop A., "A tertiary alcohol analog of gamma-hydroxybutyric acid as a specific gamma-hydroxybutyric acid receptor ligand", *J Pharmacol Exp Ther*, 2003, May; 305(2):675-9.

Yeatman D.T., Reid K., "A study of urinary endogenous gamma-hydroxybutyrate (GHB) levels", *J Anal Toxicol*, 2003, Jan-Feb; 27(1):40-2.

Sabato 15 maggio 2004, FeDerSerD e Galassia organizzano a Desenzano sul Garda (Brescia) una giornata di formazione, e in particolare due seminari paralleli:

Primo seminario
ore 9.00-19.00
Aspetti psicologici e psichiatrici delle dipendenze
Responsabile scientifico: Alfio Lucchini
Accreditato ECM per medici e psicologi
Massimo 70 partecipanti

Secondo seminario
Ore 9.00-19.00
Alcol e nuove droghe
Responsabile scientifico: Ezio Manzato
Accreditato ECM per medici, psicologi, infermieri ed educatori. Aperto ad assistenti sociali
Massimo 100 partecipanti

Per informazioni: federserd@expopoint.it

Secondo Congresso Nazionale di FeDerSerD
Firenze, Palazzo dei Congressi, 17-20 ottobre 2004

LE RADICI DELL'INNOVAZIONE

DIPENDENZE - CONSUMI - DOVERI DELLA SOCIETÀ

Il Congresso si articolerà in 11 sessioni tra plenarie e parallele.
L'obiettivo è la rilettura dei fenomeni legati ai consumi e alle dipendenze e i relativi interventi, attraverso le nuove e necessarie connessioni operative.
L'accreditamento ECM è previsto per tutte le figure professionali: medici, psicologi, infermieri, educatori, asv, biologi, farmacisti.
Il giorno 21 ottobre sono previsti 4 workshop di eccellenza.

Per informazioni: federserd@expopoint.it

Annuncio preliminare

CONVEGNO Interregionale FeDerSerD di PUGLIA e BASILICATA

USO - ABUSO - DIPENDENZA: l'etica di agire e i modelli di azione tra complessità e integrazione

Il Convegno si terrà a Bari, presso la Villa Romanazzi Carducci (data da definire entro giugno 2004, durata di un giorno e mezzo). È rivolto agli operatori dei servizi pubblici e del privato accreditato. Sarà accreditato ECM per tutte le figure professionali operanti nei Ser.T. e nel Privato sociale accreditato (medici, psicologi, infermieri, educatori professionali).
Temi del convegno:
– *L'etica di agire: indirizzi normativi, strategie sociali e valorizzazione delle risorse; modelli organizzativi, pratica operativa ed etica professionale; i percorsi di una possibile e specifica integrazione.*
– *I modelli di azione: tra complessità e semplificazioni: diagnosi come processo di conoscenza della realtà; terapie possibili come occasioni di reale cambiamento.*
Modelli clinici: aspetti medici, aspetti psicologici, aspetti sociali.
Modelli integrati d'intervento (per una Comunità competente): prevenzione primaria e territorio tra il fare e il progettare; la medicina generale come risorsa; il carcere - pena e cura; riabilitare/abilitare: la guarigione come dimensione sociale.
Modelli complessi: diagnosi, doppie diagnosi e più terapie; le terapie residenziali: comunità e territorio.
Opportunità e problemi: il counseling infermieristico; la formazione come spazio utile di verifica e di crescita professionale; ruoli professionali - conoscenza, competenze e ricerca.

Responsabili regionali della organizzazione: *Roberto Cataldini e Donato Donnoli.*
Per informazioni: federserd@expopoint.it

NOTIZIE IN BREVE

È stata siglata a Roma l'ipotesi di rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per il Comparto Sanità. Appare di grande rilievo che per la prima volta in questo contratto si prevede all'art. 27 una indennità giornaliera specifica per gli operatori dei Ser.T. che si quantizza in una cifra che va da € 1.03 a € 5.16. Per la prima volta si riconosce che il lavoro dei professionisti del Ser.T. è gravoso e merita una indennità specifica.

Art. 27 - Indennità SERT

1. A decorrere dall'1 gennaio 2003, al personale addetto ai SERT in via permanente, indipendentemente dal ruolo di appartenenza, compete una indennità giornaliera per ogni giorno di servizio prestato nella misura sottoindicata:
– personale appartenente alla categoria A o B iniziale: € 1,03 (pari a L. 2.000) lordi;
– personale appartenente alla categoria B, posizione economica Bs, C e D: € 5,16 (pari a L. 10.000) lordi.

2. L'indennità non è corrisposta nei giorni di assenza dal sevizio a qualsiasi titolo effettuata ed è cumulabile con le altre indennità dell'art. 44 del CCNL del 1 settembre 1995 ove spettanti. Essa compete anche al personale saltuariamente chiamato ad effettuare prestazioni giornaliere presso il Ser.T. limitatamente alle giornate in cui viene erogata la prestazione.
3. L'indennità entra a far parte della nozione di retribuzione di cui all'art. 37, comma 2, lettera d) del CCNL integrativo del 20 settembre 2001.

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Presidente onorario: Prof.ssa Rita Levi Montalcini

www.federserd.it

Con la adesione di:

FICT Federazione Italiana Comunità Terapeutiche

cnca coordinamento nazionale comunità di accoglienza

Organizza un Convegno tematico nazionale sul tema:

Le forme della integrazione

Milano, 8 e 9 marzo 2004
CENTRO CONGRESSI MILANOFIORI

Lunedì 8 marzo
Sessione plenaria
Ore 9.20-13.20

Apertura del Congresso / Saluto delle autorità

Presentazione: Alessandro Coacci (Grosseto)

09.40
Introduzione: Alfio Lucchini (Milano)
Compiti e percorsi di una associazione di operatori tra evidenze scientifiche e vissuto sociale

Relazioni:

10.00
Teodora Macchia (Roma)
Cambiano le sostanze, ma cambiano anche i problemi?

10.30
Enzo Gori (Milano)
Dati sperimentali e dati clinici sulla tossicità delle droghe ricreazionali: lo stato dell'arte

Ore 11.00-11.10
Pausa coffee break

11.10-11.40
Riccardo C. Gatti (Milano)
Mercato, consumi, azione antidroga: i prossimi bisogni di un mondo che cambia

11.40-12.10
Riccardo De Facci (Milano)
Comunità e pari titolarità in un sistema che cambia, quale servizio per quale consumo?

12.10-12.40
F. Celestino Zanoni (Torino)
Le Forme delle integrazioni

12.40-13.20
Discussione in aula sulle relazioni

Ore 13.20-14.00
Pausa pranzo

Lunedì 8 marzo
Pomeriggio
Ore 14.00-18.00

Lavoro in tre sessioni parallele:

1. Gravità e intensità assistenziale: modelli di integrazione a confronto
La sessione di lavoro, partendo da un elaborato, vuole proporre una discussione sui temi della diagnosi, scelta dei trattamenti, percorsi terapeutici e integrazione degli stessi tra pubblico e privato.
Attenzione verrà posta ai temi della doppia diagnosi e degli strumenti diagnostici.
I discussant tratteranno questi temi con relazioni di 20 minuti.

Chairman: Maurizio Fea (Pavia)

Relatore: Ezio Manzato (Verona)

Discussant: Teresa Marzocchi (Bologna) / Roberto Cataldini (Lecce) / Antonio Mosti (Piacenza) / Laura Tidone (Bergamo) / Pier Paolo Pani (Cagliari) / Maurizio Mirandola e Maurizio Gobbetto (Mantova)

2. Sanzioni amministrative e percorsi educativi: esperienze del sistema dei servizi e contributi al legislatore
La sessione di lavoro, partendo da un elaborato, vuole proporre una discussione interattiva sui temi dei percorsi amministrativi previsti dal DPR 309/90. La discussione terrà conto delle esperienze innovative presenti nel Paese che vogliono coniugare l'aspetto "legale" con i percorsi educativi.
I discussant tratteranno questi temi con relazioni di 25 minuti.

Chairmen: Alfio Lucchini (Milano) / Marco Cafiero (Genova)

Relatore: Roberta Balestra (Trieste)

Discussant:
Claudia Andreoli (Milano)
Il senso di una sperimentazione regionale
Elvira Pezzimenti (Palermo)
L'esperienza della Prefettura di Palermo
Susanna Tabarrini (Perugia)
L'esperienza della Prefettura di Perugia
Alberto Barni (Milano)
Privato sociale e ASL dell'area metropolitana milanese per un progetto condiviso
Maurizio D'Orsi (Napoli)
Quali percorsi educativi?

3. Terapie non convenzionali
Vengono presentati solo modelli validati, e la discussione ha come obiettivo la definizione di strumenti e linee guida relativi a modelli terapeutici non convenzionali attraverso la definizione ed esecuzione di un progetto di ricerca multimodulare.
Si intende in particolare misurare l'efficacia delle metodiche non convenzionali rispetto alle tradizionali.
Si vogliono anche proporre le ultime novità in termini legislativi nazionali e regionali.
I discussant in questo caso tratteranno questi temi con relazioni di 20 minuti.
Questa sessione è riservata, ai fini ECM, ai soli medici.

Chairman e Relatore: Claudio Leonardi (Roma)

Introduzioni:
On. Paolo Lucchese (Trapani)
Il lavoro legislativo per le Medicine non convenzionali
Umberto Fazzone (Milano)
L'impegno della Regione Lombardia per la Medicina Complementare

Discussant:
Fabio Firenzuoli (Empoli)
Principi di fitoterapia
Umberto Mosca (Milano)
Principi di medicina e terapia tradizionale cinese - agopuntura e shiatzu
Cosetta Greco (Milano)
Principi di omeopatia e Medicina Funzionale
Giuseppe Cicciù (Vicenza)
La struttura di un progetto EBCR (evidence based case reports)

Martedì 9 marzo
Mattino ore 9.00-13.00

Lavoro in tre Sessioni parallele

4. Stili di consumo, buone pratiche di intervento
La sessione di lavoro, partendo da un elaborato, vuole proporre una discussione interattiva sui

temi delle buone pratiche di intervento sugli stili di consumo, tenendo conto dei cambiamenti dei fenomeni in atto. Centrale,sia nella presentazione di modelli e esperienze, sia nella discussione, è la integrazione stretta tra pubblico e privato.
Il contributo di ricerca e le presentazioni dei discussant tratteranno questi temi con relazioni di 20 minuti.

Chairmen: Clara Baldassarre (Napoli) / Riccardo De Facci (Milano)

Relatore: Edoardo Polidori (Faenza - Ravenna)

Contributo di ricerca:
Marie Di Blasi (Palermo)
Elementi utili per la comprensione dei nuovi stili di consumo giovanili

Discussant: Giorgio Samorini (Bologna) / Andrea Rodrigo Rivas (Milano) / Pierfrancesco Pacoda (Bologna) / Donato Donnoli (Potenza)

5. Proposta di organizzazione e sistemi di valutazione del Dipartimento delle Dipendenze

La sessione di lavoro, partendo da un elaborato, vuole proporre una discussione interattiva sui temi della evoluzione del sistema sanitario e della costruzione del dipartimento delle dipendenze.
Considerata la mole di proposte in tal senso e la varietà dei modelli regionali, si tenderà a valorizzare il punto di vista degli operatori pubblici e del privato sociale.
Le presentazioni dei discussant tratteranno questi temi con relazioni di 20 minuti.

Chairman: Guido Faillace (Trapani)

Relatore: Pietro Fausto D'Egidio (Pescara)

Discussant: Vincenzo Marino (Varese) / Raffaele Lovaste (Trento) / Norberto Pentiricci (Città di Castello - Perugia) / Teresa Marzocchi (Bologna) / Mario Dondi (Modena)

6. Carcere - Nuove prospettive in ambito di recupero

La sessione, partendo da un elaborato, vuole fare il punto sulle numerose evoluzioni del sistema di intervento in carcere.
Evidenziando esperienze innovative pubbliche e private e spesso condivise, si vuole anche spaziare sui temi della sanità in carcere e di nuovi modelli di recupero intra ed extra carcerari.
Le presentazione dei discussant e il contributo di ricerca tratteranno questi temi con relazioni di 20 minuti.

Chairmen: Alessandro Margara (Firenze) / Edoardo Cozzolino (Milano)

Relatore: Bernardo Grande (Catanzaro)

Contributo di ricerca:
Eugenio Rossi e Giampiero Ferrario (Milano)
Analisi dei fattori di recidiva in tossicodipendenti carcerati

Discussant: Alessandro Libianchi (Roma) / Roberto Calabria (Cosenza) / Achille Saletti (Milano) / Stefano Reggio (Torino) / Antonio Colaianni (Milano) / Don Alberto Cannuzzi (Viterbo)

ore 11.15-11.30
Pausa coffee break

ore 13.00-14.00
Pausa pranzo

Pomeriggio
Ore 14.00-18.00

Sessione plenaria

Ore 14.00-15.45
Presentazione documenti di lavoro
Coordina: *Giorgio Serio* (Palermo)
Introduce:
***Gilberto Gerra* (Parma)**
Evidenza scientifica e programmi di intervento

Ore 14.30-15.30
Relazioni dei 6 Gruppi di Lavoro
1. Ezio Manzato
2. Roberta Balestra
3. Claudio Leonardi
4. Edoardo Polidori
5. Pietro Fausto D'Egidio
6. Bernardo Grande

Ore 15.30-16.00
Discussione di Consensus

Ore 16.00-18.00
Tavola Rotonda: Welfare mix e sistema dei servizi
Introducono e coordinano:
Maurizio Fea (Pavia)
Franco Floris (Torino)

Discutono: *Lucio Babolin* (Padova) / *Don Egidio Smacchia* (Roma) / *Alessandro Coacci* (Grosseto) / *S.E. Pietro Soggiu* (Roma)

Ore 18.00
Chiusura del Congresso

Ore 18.10
***Alessandro Coacci* (Grosseto) e *Antonio d'Amore* (Caserta)**
assegnano i premi Molteni per la Dipendenza, per ricerche nel campo della riabilitazione e della farmacoeconomia

Ore 18.20
Assemblea Federazione Lombarda FeDerSerD
Presiedono: *Alfio Lucchini* (Milano) e *Maurizio Fea* (Pavia)

Mission del Convegno

Il Convegno si propone di affrontare alcuni temi tipici del lavoro del sistema di intervento sulle dipendenze, per definire linee progettuali utili.
Un Convegno di studio, riflessione e consensus, a partire dalla esperienza e dalle elaborazioni di FeDerSerD.
Il tema della integrazione attraversa l'intero convegno e tutte le tematiche affrontate.
È il "motivo conduttore" a cui si ispirano tutti i gruppi di lavoro.
Quindi questo vale sia per tutte le professionalità presenti nel sistema di intervento, sia per i naturali partners del percorso nazionale di Alta Integrazione, FICT e CNCA, parte attiva ed anzi strutturalmente partecipi con le loro linee e idee, con i loro dirigenti e operatori, di questo processo.

Note organizzative

Alla data della presente pubblicazione è ancora in corso la richiesta di conferma della presenza di tutti i relatori invitati.

Percorso delle sessioni

Documenti preliminarmente predisposti in bozza e inviati a organizzazioni partner.
Un relatore del progetto/documento, relazione di 30 minuti.
Tavola rotonda - discussant (20 minuti a testa), compresi esperti esterni alle organizzazioni.
Consensus in aula con singoli documenti, presentato in plenaria (seconda giornata di pomeriggio) letto da relatore (10 minuti).
Copartecipano ALT Onlus e OWL Onlus.
Con la presenza dei network collegati a FeDerSerD da Patti Federativi: SIDEC, ECCAS, Cooperativa Zarapoti, Cooperativa Marcella, Associazione Forma Mentis, Associazione Smeraldo, Associazione Amarcord Onlus.
ECM per: medici, psicologi, educatori professionali, a.s.v., infermieri.
Costi: – gratuito per aderenti FeDerSerD, CNCA, FICT e associazioni aderenti con Patti Federativi con FeDerSerD e copartecipanti al Congresso; – 60 € laureati e 40 € non laureati per altri partecipanti.
Il Convegno si svolgerà in tre sale, una con capienza di 500 posti e due di 250 posti.

Per informazioni ed iscrizioni:
Segreteria congressuale FeDerSerD
EXPOPOINT snc - Tel. 031/748814 - Fax 031/751525 - 22066 Mariano Comense - Via Matteotti n. 3 - federserd@expopoint.it

NOTIZIE IN BREVE

Incontro periodico delle delegazioni nazionali di SITD e FeDerSerD

Sabato 27 settembre 2003, a Genova, si sono incontrate le delegazioni nazionali di FeDerSerD (Alessandro Coacci, Alfio Lucchini, Maurizio Fea) e SITD (Gian Paolo Guelfi, Emanuele Bignamini, Paolo Jarre).
In un clima di grande cordialità sono state esaminate le questioni più rilevanti per il settore.
In particolare preoccupazione è stata espressa per le gravi ripercussioni che le continue dichiarazioni di intenti di autorevoli esponenti politici possono determinare sulla funzionalità dei servizi e più in generale sullo sviluppo di un approccio scientifico all'intervento sulle dipendenze in Italia.
Si è concordato sulla costruzione di forme di informazione (e anche di mobilitazione valutati gli eventuali sviluppi futuri) degli operatori e di sensibilizzazione della opinione pubblica, sia nello specifico delle nostre associazioni, sia con il più ampio coinvolgimento possibile, a partire anche dalla Consulta nazionale delle società scientifiche e professionali.
La delegazione di FeDerSerD ha, anche a tal fine, aggiornato sullo sviluppo del tavolo di Alta Integrazione con CNCA e FICT.
Le due associazioni hanno ribadito l'impegno nella Consulta nazionale delle società scientifiche e professionali. Ampia e concorde è stata infatti la discussione sulle prospettive della Consulta e sui meccanismi di rappresentanza.
È stato rivisto il calendario delle iniziative congressuali di rilievo nazionale per il 2004: confermati il Convegno SITD a Cagliari dal 29 al 31 gennaio; il Convegno di FeDerSerD a Milano (8-9 marzo) e il Secondo Congresso Nazionale di FeDerSerD a Firenze dal 17 al 20 ottobre.
Le due delegazioni hanno poi avviato un approfondimento delle situazioni regionali, valutando caso per caso sinergie e problematiche.

I toni e le sfumature della cura: accoglienza, relazione e soddisfazione nei pazienti che frequentano un Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze

Monica Arianti[*], *Alba Bellanova*[*], *Maria Luisa Buzzi*[*], *Anna D'Anisi*[*], *Chiara De Rossi*[°], *Sofia Moira Miazzo*[*], *Domitilla Pisoni*[*], *Francisco Possidente*[*]

Introduzione

Il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.) di Gorgonzola, aperto nel marzo 1985, opera su di un territorio di circa 280.000 abitanti posto a nord-est della Metropoli, tra Martesana e Adda.
Attualmente, dopo gli accorpamenti amministrativi degli anni '90, fa parte del Servizio delle Dipendenze della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2, un grosso comprensorio di Comuni che costituisce la cintura nord-est-sud della Provincia milanese, con una popolazione totale di oltre mezzo milione di abitanti.
Il Servizio, strutturato come Unità Operativa all'interno dell'Organigramma aziendale, ha in carico, secondo la rilevazione puntuale del 15 giugno 2003, 436 utenti (378 maschi e 58 femmine), di cui 408 residenti sul territorio di competenza.
I soggetti sono in prevalenza in cura per trattare una condizione di abuso/dipendenza da eroina (60%), mentre coloro che hanno un problema da utilizzo di cannabinoidi sono 94 (21%) e quelli con un disturbo da abuso o dipendenza da cocaina sono 48 (11%) (i restanti sono in cura per utilizzo di altre sostanze o per altri comportamenti a rischio).
I pazienti in carico con un trattamento farmacologico a base di metadone, sempre alla rilevazione del 15 giugno 2003, sono complessivamente 131 (di cui 123 in cura direttamente presso il Servizio); circa 25 soggetti assumono buprenorfina.
I restanti utenti sono in trattamento con altri farmaci o seguono un programma di carattere prevalentemente psico-sociale o riabilitativo (32 i pazienti, pari al 7,3%, inseriti presso strutture residenziali o semi residenziali).
Nell'U.O. Ser.T. di Gorgonzola, le attività sono suddivide in due sedi separate poste entrambe presso l'Ospedale Serbelloni; all'interno di una delle due sedi (via Bellini) vengono svolte prevalentemente attività di carattere psico-sociale e di cura delle patologie correlate, mentre nell'altra sede (via Trieste), vengono svolte prevalentemente attività di tipo medico e di somministrazione delle terapie farmacologiche.

L'indagine

L'idea e la proposta di progettare ed eseguire una indagine come quella che qui viene descritta erano sostenute da alcune esigenze.
Innanzi tutto il desiderio di conoscere il livello di soddisfazione e di gradimento manifestato dai nostri utenti, e quindi avere una sorta di *feed-back* che fosse anche "emotivo" e non solo statistico (esiti, numero di trattamenti, indici di ritenzione, ecc.).
Inoltre, durante questa fase evolutiva della sanità pubblica emerge a nostro avviso l'esigenza di monitoraggio delle funzioni secondo moderni sistemi di controllo della qualità; infine, anche in ottemperanza alla recente normativa regionale, ci sembrava opportuno far fronte per tempo all'adeguamento dei criteri necessari all'accreditamento delle strutture pubbliche e private di cura alle condizioni di dipendenza in corso in Lombardia.
Per tutte queste ragioni, l'èquipe ha deciso di approntare una indagine interna per la conoscenza del livello di soddisfazione espresso dai nostri utenti, in merito al tipo di accoglienza, di relazione terapeutica ed ai servizi di cura che il nostro Centro è attualmente in grado di offrire.
Allo scopo, abbiamo parzialmente modificato, per renderlo adeguato al nostro Servizio ed al *target*, un questionario anonimo già esistente, pensato e generato per conoscere il livello di soddisfazione degli utenti che accedono ad un qualsiasi distretto socio-sanitario di base. Il questionario utilizzato è composto di 20 domande con risposte predefinite e una domanda con risposta aperta.
L'indagine è stata condotta nella settimana compresa tra il 19 e il 25 maggio 2003 in entrambe le sedi del Ser.T.
I questionari sono stati somministrati alle persone che si sono presentate al Ser.T., per vari motivi (assunzione farmaci, visite, colloqui, ecc.), nell'arco della settimana. Il questionario stesso veniva proposto dal personale infermieristico (nella sede di via Trieste) e dal personale infermieristico ed amministrativo nella sede di via Bellini.
È stato generalmente chiesto ai soggetti di compilare il questionario in sede e di consegnarlo subito dopo al personale, ma alcuni pazienti (circa un terzo) hanno preferito compilare il questionario a casa propria, adducendo problemi di tempo o di riservatezza e l'hanno riconsegnato successivamente; altri pazienti hanno preferito compilarlo con l'aiuto degli operatori, richiedendo spiegazioni per difficoltà di interpretazione.

Risultati

Sono stati somministrati complessivamente 99 questionari di cui 24 nella sede di via Bellini e 75 nella sede di via Trieste.
Su tutti è stata condotta l'analisi dei dati sulla quale si basa la descrizione dei risultati.
Tra tutte le domande e sotto-domande vengono qui proposte quelle che a nostro avviso sono più rappresentative del gradimento degli utenti nei confronti del Servizio e del lavoro che vi si svolge.
L'intero questionario è disponibile e se ne può fare richiesta al nostro Ser.T., qualora il lettore ne sia interessato.

Motivo di Accesso al Servizio

Domande:
Per quale motivo è venuto al Servizio oggi?
Con quale frequenza si è recato presso questo Servizio (nell'ultimo anno)?
La quasi totalità delle persone contattate (95 su 99) conosceva già il Servizio, anche perché per lo più (83%) sono in cura al Ser.T. e lo frequentano parecchie volte l'anno (fig. 1); l'11% lo frequenta invece solo saltuariamente.
Il motivo dell'accesso riguarda prevalentemente la somministrazione delle terapie (fig. 2).

[*] *Infermieri Professionali,* [°] *Amministrativo, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, U.O. Ser.T. - Gorgonzola.*

Fig. 1 - Con quale frequenza si è recato presso questo Servizio (nell'ultimo anno)?

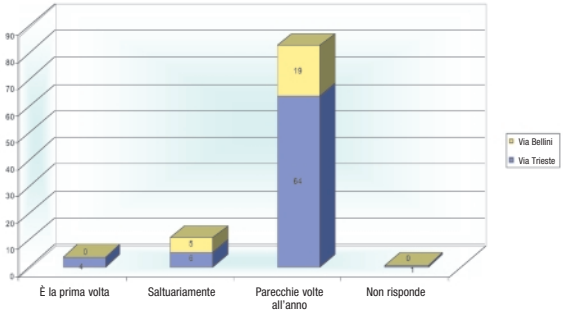
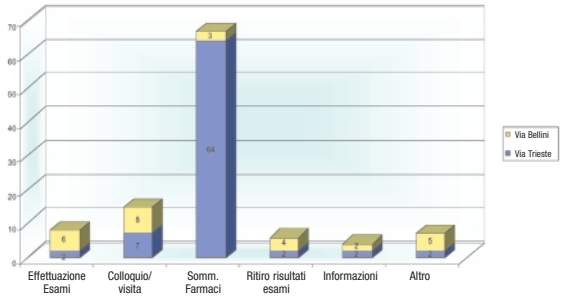


Fig. 2 - Per quale motivo è venuto al Servizio oggi?



Il Personale

Domande:
Il personale con il quale è entrato in contatto oggi si è dimostrato disponibile e cortese?
Le informazioni che le sono state fornite sono state chiare?
Le è capitato di dover aspettare per ottenere risposte adeguate alle sue richieste?
Il personale le ha dato l'impressione di essere disponibile?
Se ha sottoposto un suo problema al personale, ha ottenuto risposte utili a risolverlo?
Quale giudizio globale si sentirebbe di esprimere sul personale con cui è entrato in contatto oggi?
Un gruppo di domande aveva lo scopo di indagare il giudizio di gradimento raggiunto nella chiarezza di informazioni e nel grado di disponibilità e cortesia del personale.
La prima parte della batteria riguardava naturalmente il personale di primo livello, quello con cui il paziente entra in contatto per primo, a cui chiede informazioni, che gli somministra il trattamento o che lo indirizza verso gli altri professionisti.
Questo personale, come ovvio immaginare, è composto prevalentemente dagli infermieri professionali.
La soddisfazione espressa è di valore indubbiamente apprezzabile e gratificante per chi scrive: tra l'89 e il 97% degli utenti ha dato una valutazione sufficiente (esprimendo cioè un voto compreso tra 6 e 10) con "curve" nei grafici che tendono nettamente verso i punteggi più alti (figg. 3 e 4).

Fig. 3 - Se ha sottoposto un suo problema al personale, ha ottenuto risposte utili a risolverlo?

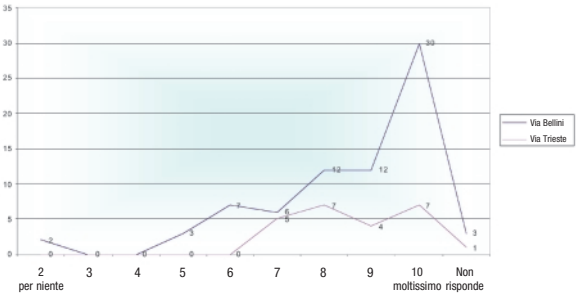
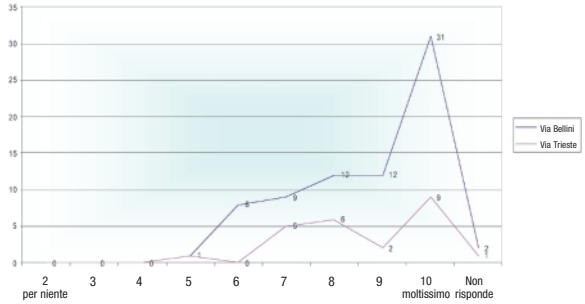


Fig. 4 - Quale giudizio globale si sentirebbe di esprimere sul personale con cui è entrato in contatto oggi?



Le prestazioni professionali

Domande:
Le informazioni che le sono state fornite dall'operatore sulla diagnosi e/o le cure e le ulteriori visite o esami da effettuare sono state chiare ed esaurienti?
È stato visitato in ritardo rispetto all'orario da lei prenotato?
Oltre alla prescrizione di esami, farmaci o altre terapie, l'operatore oggi le ha dato indicazioni utili a diminuire i rischi per la sua salute o a migliorare le sue capacità di gestione della malattia?
È soddisfatto dell'operatore che l'ha visitata?
Anche il livello di soddisfazione percepita nei confronti del personale professionale (medici. psicologi, assistenti sociali, educatori) che hanno espletato la prestazione in favore dell'utente, è abbastanza alto (figg. 5 e 6); anche se, per la verità, non vengono raggiunti i punteggi ottenuti dal personale infermieristico o di *front-line*. A dimostrazione del ruolo cruciale nella relazione terapeutica di quest'ultimo.

Fig. 5 - È stato visitato in ritardo rispetto all'orario da lei prenotato?

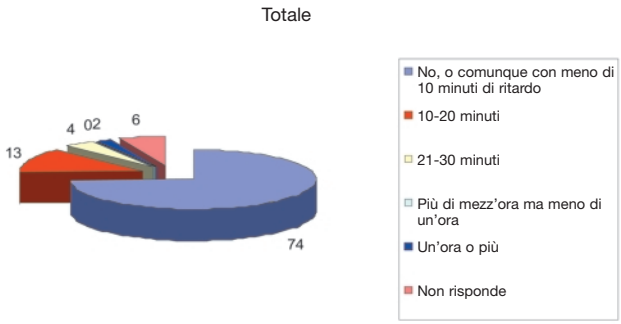
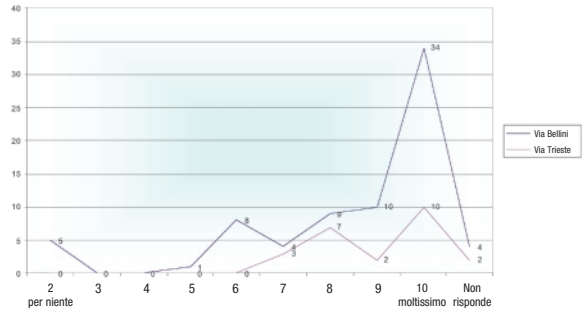


Fig. 6 - È soddisfatto dell'operatore che l'ha visitata?



L'organizzazione

Domande:
Le è mai capitato negli ultimi due anni che gli esami che doveva fare presso questo Servizio fossero rinviati o ripetuti?

Le è mai capitato presso questo Servizio negli ultimi due anni che un operatore le si rivolgesse usando il "tu" o di essere testimone di litigi tra il personale?
Come giudica l'ambiente (arredamento, manutenzione dei locali) di questo Servizio?
Come giudica gli orari di apertura di questo Servizio?
Come giudica la localizzazione del Servizio (distanza da abitazione, connessione con trasporti pubblici, possibilità di parcheggio, ecc.)?
Come giudica la segnaletica interna ed esterna di questo Servizio?
Come giudica la disponibilità dei servizi igienici in questo Servizio?
Come giudica la disponibilità delle cure di questo Servizio?
In merito alle domande sull'organizzazione del Servizio, la maggior parte degli intervistati si dichiara soddisfatta del livello di puntualità nell'erogazione delle prestazioni: infatti, il 75% circa degli utenti non ha mai subito ritardi rispetto all'orario di visita e 56 persone su 99 non hanno mai subito rinvii per esami, 9 persone hanno subito 1 rinvio e 12 più rinvii (fig. 7).
Quaranta intervistati su 99 non hanno mai dovuto ripetere esami già effettuati, 8 persone 1 volta e 3 più di una volta (17 non rispondono).
Per ciò che riguarda il giudizio globale sugli orari di apertura del Servizio, 76 persone su 99 hanno dato una votazione almeno sufficiente (vale a dire compresa tra 6 e 10), con una curva che tende sempre ad esprimersi sui valori più alti, 10 persone danno invece un giudizio insufficiente (tra 2 e 5) e 13 non rispondono (fig. 8).

Fig. 7 - Le è mai capitato negli ultimi due anni che gli esami che doveva fare presso questo Servizio fossero rinviati o ripetuti?

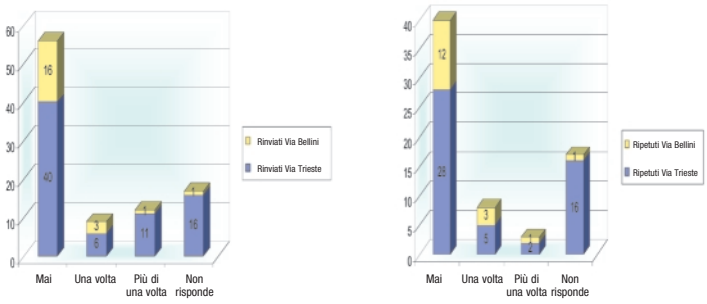
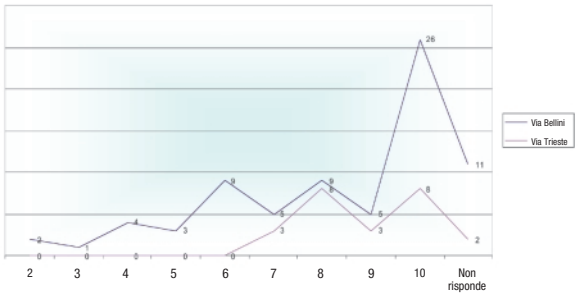


Fig. 8 - Come giudica gli orari di apertura di questo Servizio?



Alle domande sulla logistica del Servizio (ambiente, localizzazione dei Servizi, segnaletica, servizi igienici), il 75% circa degli intervistati risponde con una valutazione superiore alla sufficienza, tra il 6 e il 14% circa dà invece un giudizio insufficiente (figg. 9 e 10).
Infine, il giudizio globale rispecchia ovviamente nella sua sostanziale positività il buon grado di soddisfazione che la nostra utenza ha espresso nelle domande del questionario (figg. 11 e 12).

Fig. 9 - Come giudica l'ambiente (arredamento, manutenzione dei locali ecc.) di questo Servizio?

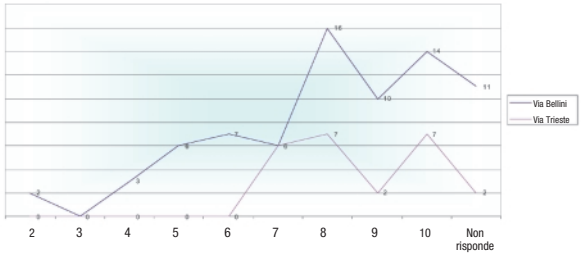


Fig. 10 - Come giudica la disponibilità di servizi igienici di questo Servizio?

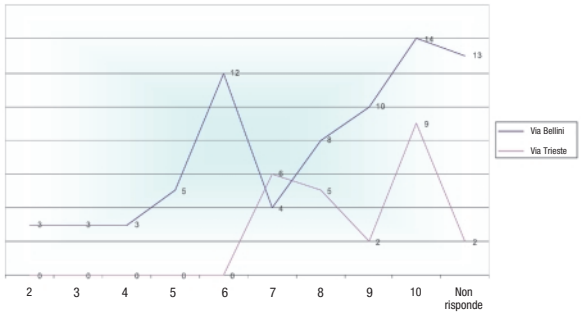


Fig. 11 - Come giudica la disponibilità delle cure di questo Servizio?

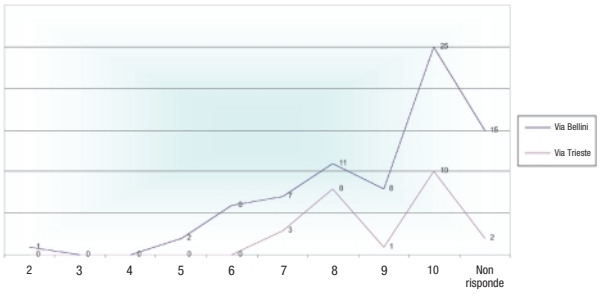


Fig. 12 - Come giudica la disponibilità delle cure di questo Servizio?

	Via Trieste	*Via Bellini*	*Totale*
Media	8,45	8,82	8,55
Mediana	9	8,50	9
Deviazione Standard	1,75	1,18	1,62

Conclusioni

In linea generale e con un cauto atteggiamento di soddisfazione, si può affermare che in merito all'operato del personale il giudizio delle persone intervistate sembra essere abbastanza positivo (le medie e le mediane variano tutte tra 8 e 9/10 nelle domande di riferimento).
Per ciò che riguarda l'organizzazione del Servizio (ritardi nell'esecuzione degli esami, ripetizione di esami, ritardi sulle visite), escludendo le persone che non rispondono, la percentuale di soddisfazione è solo di poco inferiore (medie e mediane comprese tra 7,5 e 8) e rispecchia di fatto la gestione di un sistema di intervento che è complesso e che implica la collaborazione di più attori.
In merito alla situazione logistica, sempre escludendo gli intervistati che non rispondono, le votazioni medie sono comunque

discretamente alte (7,7 per l'arredamento, 8,1 per gli orari di apertura, 7,8 per la localizzazione del Sevizio, pur essendo le sedi non vicinissime alla stazione della metropolitana); persino i voti medi espressi sulle condizioni dei servizi igienici sono buoni (7,6 per le due sedi e addirittura 8,7 per la sede di via Bellini, di più recente costruzione).
Una considerazione critica deve senz'altro essere esplicitata sul questionario utilizzato, adattato sulla base di un questionario preesistente non pensato *ad hoc*, anche se, in generale, le domande si sono ben adattate al nostro Servizio.
L'unica domanda forse non perfettamente rispondente alla realtà del Ser.T. è stata "le è mai capitato che un operatore le si rivolgesse usando il tu?" che, posta in ambito ospedaliero sottintende una valenza negativa, ma che nella sede di somministrazione metadonica, dove i pazienti hanno un rapporto più confidenziale con gli operatori, implica un altro tipo di interpretazione.
Sarebbe comunque opportuno ripensare a un questionario più idoneo al nostro Servizio. Inoltre, sarebbe utile dilatare il tempo di somministrazione del questionario ad un intervallo maggiore di tempo, considerata l'organizzazione del Servizio e la tipologia dell'utenza.
L'atteggiamento degli utenti, in linea generale, è stato di tipo collaborativo; pertanto, anche per questa ragione, ci sentiamo di dare all'esperienza una valutazione positiva, a prescindere dal risultato del questionario che è stato comunque soddisfacente. ✎

ORGANIZZAZIONE

Il sociologo nei Ser.T.: quale futuro?

*Goffredo Miano**

Dalla istituzione dei Ser.T. (Legge 162/90) e con il D.M. 444/90 e le successive modificazioni che regolamentano l'organigramma dei Servizi per le Tossicodipendenze, il Legislatore non è stato molto "clemente" con la figura del Sociologo.
Infatti, se la presenza del Medico, Assistente Sociale, Psicologo, Infermerie in ogni pianta organica dei Ser. T. è una "conditio sine qua non", nel senso che queste figure sono chiaramente esplicitate nell'organigramma dei Ser.T., purtroppo ciò non avveniva per il sociologo che era relegato nella voce "altro personale".
Chiaramente, già dalla nascita dei primi Ser.T., per tale figura si prospettavano dei tempi molto duri…!
Infatti, ciò ha significato una marginalità e opzionalità per il sociologo che è chiaramente in antitesi con quello che effettivamente rappresenta questa professione.
Non solo, ma ha generato equivoci e confusione, basti pensare al fatto che sempre nella dicitura "altro personale", era possibile inserire il sociologo e/o l'educatore professionale e/o l'animatore di comunità e/o il pedagogista (modifica del D.M. 444 febbraio 2002) e/o l'assistente amministrativo!
I problemi però non sembrano essere finiti per tale professionista.
Infatti, negli anni a seguire l'istituzione dei Ser.T., lì dove operava un sociologo, spesso, gli venivano affidate tutte quelle mansioni che non trovavano spazio nelle altre aree professionali summenzionate.
Allora il sociologo era costretto, in ultima analisi, ad occuparsi quasi esclusivamente della semplice raccolta di dati (rilevazioni attività di servizio) il così detto "debito informativo".
Fortunatamente negli ultimi anni la maggior parte dei sociologi dei Ser.T. ha arricchito e/o ampliato il proprio know how di competenze professionali, raggiungendo anche una consapevolezza diversa della propria specificità e della propria valenza professionale.
Non a caso ultimamente c'è un fiorire di associazioni professionali e di siti che trattano di Sociologia Clinica, Socioterapia, e che raggruppano tutti i sociologi che operano in queste aree di competenza.
Il sociologo, quindi, non unicamente come tecnico e/o teorico, esperto di qualità e/o valutazione, ricercatore e/o formatore, ma, anche e soprattutto validissimo professionista che partecipa attivamente al lavoro di equipe, e si vede inserito a tutti gli effetti nel processo "riabilitativo" dell'utente/paziente.
Il sociologo come colui che non solo elabora progetti di prevenzione e/o di analisi descrittive, ma che è anche portatore di competenze specifiche, che lavora non solo "per le persone/utenti", ma, anche e soprattutto "con le persone/utenti".
Alcune delle aree più rilevanti dove il sociologo può esprimere al meglio le sue professionalità e competenze all'interno dei Ser.T. possono essere così suddivise: socioterapia, prevenzione primaria aspecifica, interventi di circle time, ricerca-azione, monitoraggio dipendenze, counseling, accoglienza, ecc.
Insomma, il sociologo, non solo come figura essenziale per la comprensione di fenomeni sociali, ma, anche e soprattutto come un nuovo professionista di problematiche sociali ed individuali a cui potersi rivolgere. ✎

* *Sociologo Dirigente, Ser.T. Distretto Sanitario di Base n. 48 - ASL Napoli 1.*

Sex Addiction Inventory: un questionario per la rilevazione della dipendenza da sesso

Franco Avenia[*], *Annalisa Pistuddi*[**], *Matteo Titta*[***], *Maura Catucci*[****]

Introduzione: le nuove dipendenze

Le dipendenze (addictions) comprendono tutte quelle condizioni psichiche che spingono l'individuo a porre in essere e reiterare, senza potervisi opporre, specifici comportamenti che generano una momentanea gratificazione, indipendentemente dalle conseguenze – anche negative – che producono.
Nelle *nuove* dipendenze (new addictions) possiamo comprendere, oltre alla dipendenza inerente al gioco d'azzardo, la dipendenza da cibo, da shopping, da lavoro, da Internet, da rischio e la dipendenza da sesso (sex addiction).
Tale ultima dipendenza, per la sua diffusione, per la sua comorbilità con altre dipendenze e per l'indice di pericolosità individuale e sociale che comporta, merita particolare attenzione.

Definizioni: Dipendenza da sesso e Dipendente sessuale

Il Consiglio Nazionale sulla Dipendenza da Sesso (NCSA - Usa), fondato nel 1987, ha così definito la dipendenza da sesso: "Persistente e crescente modalità di comportamento sessuale messo in atto nonostante il manifestarsi di conseguenze negative per sé e per gli altri".
Mentre uno dei primi e più accreditati studiosi del fenomeno ha descritto il Dipendente sessuale come un soggetto che "instaura una relazione distorta, capace di modificare l'umore, con cose o persone. Passa poi attraverso stadi in cui si ritrae dagli amici, dalla famiglia e dal lavoro. La sua vita segreta diviene più reale di quella pubblica, anche se a causa di tale doppia identità vive forti sentimenti di vergogna" (Carnes,1991).

Classificazione

Un primo inquadramento della dipendenza da sesso è dovuto al DSM-III-R che lo inserisce nei Disturbi Sessuali Non Altrimenti Specificati e lo definisce come "dipendenza" (APA, 1991).
Nel DSM-IV del 1996 scompare invece la nozione di dipendenza, pur rimanendo il fenomeno inquadrato nella categoria dei Disturbi Sessuali Non Altrimenti Specificati (APA, 1996).
Di fatto, la classificazione della DdS risulta complessa poiché concorrono alla definizione del quadro nosografico diversi elementi la cui preminenza inclina verso orientamenti difformi: notiamo infatti che se si evidenzia la compulsività sessuale emerge il riferimento ai disturbi ossessivo-compulsivi, mentre se si privilegia l'ottica dell'impulsività si accede ai disturbi del controllo degli impulsi.
La nozione poi di dipendenza può fuorviare richiamando la dipendenza fisica e chimica da sostanze.
Nella lingua inglese vi è una distinzione significativa tra *dependence* e *addiction*: la prima sta, infatti, ad indicare la dipendenza fisica e chimica, mentre la seconda rimanda alla dipendenza psicologica.

[*] *Sociologo, Consulente in Sessuologia, Docente al Corso di "Psicologia e Psicopatologia dei comportamenti sessuali" presso la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio, Presidente AIRS.*
[**] *Psicologa, Psicoterapeuta, Consulente Clinica Urologica 2 Università degli Studi di Milano Ospedale S. Giuseppe, Segretario Generale AIRS.*
[***] *Medico Chirurgo, Vice Presidente AIRS.*
[****] *Responsabile Ricerche Bibliografiche Tematiche AIRS.*
Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS).

[Forzando i termini, in italiano si potrebbe distinguere tra *assuefazione* e *dipendenza* (Jervis, 1975)].
Sta di fatto che, accettando la nozione di *addiction*, possono essere fatte delle distinzioni che rendono più chiaro non solo il quadro nosografico, ma il fenomeno stesso.
Notiamo, infatti, che mentre le compulsioni possono essere descritte come "comportamenti ripetitivi o azioni mentali il cui obiettivo è ridurre l'ansia o il disagio" (APA, 2001), le dipendenze tendono a produrre gratificazione o piacere.
In più, il comportamento ossessivo-compulsivo è di tipo egodistonico, al contrario delle dipendenze dove si osservano azioni o pensieri del tutto egosintonici.
Il soggetto che, ad esempio, sente il bisogno irrefrenabile di lavarsi continuamente le mani e che di fatto si lava ripetutamente ed immotivatamente lo fa per placare l'ansia e le azioni che compie sono del tutte immotivate ed estranee al suo Io.
Nel caso della dipendenza, invece, è presente un alto grado di gratificazione nel compiere l'azione (automasturbazione, ad esempio) e quest'ultima risulta appartenente alla sfera dell'Io.
Va notato in proposito che alcuni spostano la centralità dell'oggetto dall'oggetto stesso (sesso, ad esempio) alla sua funzione di elemento assorbente per consentire la fuga dalla solitudine, dal senso di colpa, ecc. (Clinebell, 1988, citato in Lambiase, 2001), proponendo un inquadramento in cui la DdS viene descritta come "una relazione malata con il sesso, che ha lo scopo di permettere alla persona di alleviare lo stress, di fug-gire dai sentimenti negativi o dolorosi […] (Lambiase, 2001).
Tale impostazione, però, restringe la categoria delle dipendenze rinviando a quella dei disturbi ossessivo-compulsivi.
La dominanza di un oggetto, la gratificazione nel compiere le azioni ad esso collegato ed il suo essere egosintonico, indipendentemente dalla sua funzione, caratterizzano, invece, il quadro delle dipendenze, seppur in un continuum ossessivo-compulsivo.

Elementi caratteristici dei comportamenti nelle Dipendenze

Ad ulteriore chiarificazione dei comportamenti peculiari delle dipendenze, si evidenziano quattro specifici momenti, la cui sequenza rende più netta la loro osservazione:
– presenza di forte eccitazione, precedentemente al compimento dell'azione;
– incapacità di resistere al compimento dell'azione;
– annullamento, a beneficio della scelta di soddisfazione, delle barriere critiche in relazione agli effetti dell'azione;
– esperienza di piacere nel compiere l'azione.

Come si nota, il motivo cardine del comportamento dipendente è il raggiungimento del piacere (individuato selettivamente in un oggetto: il sesso, ad esempio) la cui dominanza ed invasività tendono a pervadere tutta la realtà del soggetto dipendente, regolandone la vita e scandendone i ritmi.
Oltre, dunque, alla centralità dell'oggetto ed al suo essere pervasivo, vanno aggiunti: la frequenza dell'insorgere dell'impulso e dei comportamenti volti al suo soddisfacimento; le alterazioni dell'umore in relazione al compimento o meno dell'azione di soddisfacimento; la tolleranza, ovvero la necessità di aumentare progressivamente sia la frequenza che l'intensità delle azioni, i fenomeni di astinenza e le relative ricadute.

Comorbilità, pericolosità individuale e sociale

I soggetti con dipendenza da sesso presentano frequentemente comorbilità con altre dipendenze (da rischio, da Internet) e con

comportamenti parafiliaci (esibizionismo, feticismo, pedofilia, ecc.). Vi è poi una comorbilità indiretta, in quanto l'80% dei dipendenti da sesso proviene da famiglie in cui la DdS è associata – con percentuali variabili dal 5 al 42% – ad altre dipendenze (Del Miglio, 2003).
Per quanto attiene alla pericolosità della DdS è necessario distinguere tra pericolosità individuale e sociale.
Secondo le stime di Carnes, in ambito personale i danni maggiori si hanno a livello economico: il 58% dei dipendenti da sesso ha subito gravi danni finanziari; seguono le ripercussioni familiari: il 40% si sono separati dalla moglie o dalla fidanzata; in ultimo, si evidenziano conseguenze giudiziarie: il 19% sono stati arrestati (Carnes, 1991).
Ma, dato ancora più preoccupante a livello sociale, è che il 55% dei reati a sfondo sessuale sono commessi da soggetti con DdS (Herkov, 2001).

Prevalenza

In Usa nel 1991 si aveva una prevalenza di DdS oscillante tra il 3 ed il 6%. In Italia, nel febbraio 2003, uno studio del Cedis (ANSA, 2003) dava una presenza di DdS del 5% nella popolazione maschile e del 3% nella popolazione femminile. Il nostro studio (AIRS, 2002-2003) evidenzia una prevalenza del 5,75% nella popolazione m/f, tra i 18 ed i 55 anni.

Sex Addiction *Inventory* (SAI) di F. Avenia: questionario per la rilevazione della dipendenza da sesso

Dato l'alto grado di pericolosità individuale, il preoccupante indice di pericolosità sociale della dipendenza da sesso e la sua significativa presenza nella popolazione, l'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS) ha ideato, messo a punto e sperimentato un questionario per la rilevazione della dipendenza da sesso (SAI).
Il SAI tende ad evidenziare se vi è tendenza *alla DdS o se vi è* presenza *di DdS (sezione A); con quali* caratteristiche precipue *e con quale* gravità *si manifesti la DdS (sezione B).*
Il questionario si compone di due sezioni:
– *di 30 domande, destinata a mostrare la presenza della DdS, anche in tendenza ed i soggetti borderline; tale sezione evidenzia anche la presenza di alcune disfunzioni sessuali (difficoltà nella fase dell'eccitazione, deficit erettivo, difficoltà nella fase di lubrificazione vaginale; anorgasmia, eiaculazione precoce);*
– *di 24 domande, orientata a valutarne le caratteristiche precipue e la gravità.*

La prima sezione (A) viene somministrata come screening. La seconda sezione (B) viene somministrata solo *se dalla precedente sezione è emersa tendenza, situazione borderline o evidenziata DdS.*

Sezione A) *Individuare* alcune caratteristiche peculiari (i seguenti punti corrispondono alle domande del questionario della sezione A):
– L'oggetto
– La centralità dell'oggetto
– La frequenza dell'insorgere dell'impulso
– La frequenza di comportamenti attivati dall'impulso
– La tendenza coattiva
– L'incapacità di controllo dell'impulso
– La pervasività del comportamento
– Le interferenze affettive, lavorative e sociali
– Le reazioni emotive in astinenza
– La presenza di disfunzioni sessuali

Sezione B) *Valutare* (i seguenti punti corrispondono alle domande del questionario della sezione B):
– L'autoconsapevolezza
– Il decorso
– La persistenza
– La tolleranza
– Le risposte psicologiche in astinenza
– Le conseguenze affettive, lavorative, economiche e sociali
– Il livello d'inibizione
– Autopercezione degli stati psico-emozionali dopo il compimento dell'azione

Risultati della somministrazione del Sex Addiction *Inventory*

Il questionario, validato confrontando le risposte di un campione di 'addetti ai lavori' e quelle di un campione rilevato secondo modalità random, è stato poi somministrato nella sola sezione A, volta a rilevare la tendenza o la presenza di DdS, a 191 soggetti tra i 18 ed i 55 anni.
I 191 soggetti erano così suddivisi: 94 uomini e 97 donne.
(Alla ricerca, per la zona del sud Italia, hanno collaborato fattivamente O. Todarello e M. Costantino, del Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari).
Oltre ai dati evidenziati (figg. 1, 2, 3), si nota che i disturbi sessuali maschili decrescono con la tendenza alla DdS, fino a scomparire con la presenza della dipendenza; al contrario, i disturbi sessuali femminili crescono progressivamente con la tendenza e la presenza.
Tale fenomeno è stato da noi messo in osservazione per poter essere meglio studiato.

Fig. 1 - Risultati % su totale campione

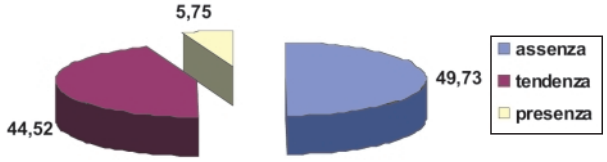


Fig. 2 - Risultati % su campione Uomini

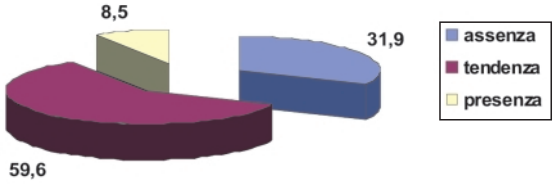
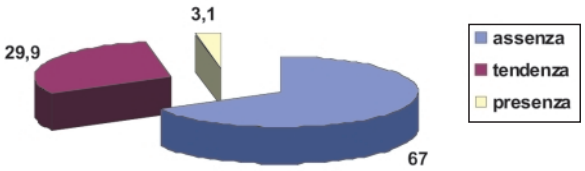


Fig. 3 - Risultati % su campione Donne



Commento risultati

I dati emersi dalla somministrazione del questionario sono congrui con le rilevazioni effettuate in Usa (Carnes, 1991) e con i recenti dati italiani (ANSA, 2003).
Pertanto si ritiene che il Sex Addiction *Inventory* sia un valido mezzo per la rilevazione della dipendenza da sesso.
Il questionario SAI si propone infatti come agile strumento diagnostico di primo livello.
La rapidità di somministrazione e la brevità d'elaborazione consentono un approccio diretto al problema della dipendenza da sesso, standardizzando e facilitando lo screening. ✎

Riferimenti bibliografici

AIRS: www.airs-online.org.
ANSA (2003), Comunicato Stampa 28/02/2003.
APA (1991), *DSM-III-R*, Masson, Milano, p. 357.
APA (1996), *DSM-IV*, Masson, Milano, p. 588.
APA (2001), *DSM-IV*, Masson, Milano.
Carnes P. (1991), *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*, Bentam, New York, p. 4.
Del Miglio C., Corbelli S. (2003), *Le nuove dipendenze, Attualità in psicologia*, Ed. Univ. Romane, Roma, pp. 31-32.
Herkov M. *et al.* (2001), *What is sexual addiction?* http://wwwpsychcentral.com/library/sexaddicts_intro.htm
Jervis G. (1975), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.
Lambiase E. (2001), *La dipendenza sessuale*, Ateneo Salesiano, Roma.

La prevenzione nei grandi raduni illegali

Luca Biffi[*], *Barbara Lamera*[**]

Introduzione

La Festa della Luna è un raduno spontaneo e illegale che ogni anno, in occasione dell'ultimo fine settimana di luglio, richiama alcune migliaia di giovani in una piccola valle situata sul territorio del Comune di Colere, in Provincia di Bergamo.
Si tratta di un evento di forte richiamo per una moltitudine di giovani consumatori di sostanze psicoattive, che si contraddistingue per la forte centratura sul consumo, la sperimentazione e l'abuso di stupefacenti.
L'intervento realizzato da Progetto POPPER nell'ambito della festa della luna di Colere 2003 si è posto come logica prosecuzione della sperimentazione realizzata in occasione della festa dello scorso anno.
Conseguentemente, le principali finalità dell'intervento di Area POPPER sono così sintetizzabili:
– monitoraggio della festa ed evidenziazione e segnalazione al Gruppo Operativo di eventuali criticità;
– supporto all'attività del personale del Presidio Medico, sia nei termini di facilitazione della relazione tra operatori sanitari e "lunisti", sia nei termini di alleggerimento attraverso la presa in carico delle situazioni che richiedono un'azione di contenimento relazionale, più che un intervento sanitario vero e proprio (per es. stati d'ansia e/o di eccitazione conseguenti all'uso di allucinogeni e/o stimolanti);
– attività di prevenzione e informazione sulle sostanze stupefacenti, con l'obiettivo di promuovere consapevolezza sui rischi e sui comportamenti a rischio correlati all'assunzione di stupefacenti;
– raccolta dati e informazioni sull'andamento della festa, sui consumi e sulle tendenze ipotizzabili per il futuro.

Un importante elemento di novità nell'organizzazione degli interventi è consistito nella decisione di allestire un Presidio Medico Avanzato, collocato all'interno della festa in località Pian del Vione, di cui Area POPPER sarebbe stata parte fondante. Tale decisione è stata presa, nell'ambito del Gruppo Operativo coordinato dalla Prefettura, in considerazione delle mutate condizioni di sicurezza della festa, verificate anche attraverso la sperimentazione dello scorso anno, che consentivano la presenza in loco di personale socio-sanitario.
Questo elemento di novità ha indubbiamente notevolmente facilitato ed influenzato, in senso positivo, l'impatto e le possibilità di intervento degli operatori di Area POPPER sia per quanto riguarda il contatto con i frequentatori della festa, sia per ciò che riguarda la possibilità di integrazione ed interscambio con le altre realtà presenti

L'intervento

Allestimento e collocazione

Gli operatori di Progetto POPPER sono stati presenti in località Pian del Vione dalla mattina di venerdì 25 luglio, per le operazioni di allestimento delle attrezzature, al pomeriggio di domenica 27.
Le attrezzature di Area POPPER – una tenda con funzioni di chill out ed un gazebo che rappresentava il punto di contatto e aggancio con i frequentatori – erano collocate all'imbocco della valle di Pian del Vione nel piazzale antistante al chiosco.
Chiosco, per altro, che quest'anno era stato messo gratuitamente a disposizione degli operatori di POPPER e del 118 da parte del proprietario e che ha costituito una preziosa base di appoggio, con funzioni di deposito materiali e di luogo protetto per il riposo degli operatori e per l'intervento individuale su quelle situazioni, mirate e selezionate, che necessitavano di un luogo riservato e tranquillo.

Personale

L'operatività è stata garantita da un'equipe multiprofessionale così formata:
– 9 educatori professionali di Progetto Popper, 1 medico, 1 infermiere professionale, 1 veterinario.

Come lo scorso anno è stata attivata la collaborazione con la Coop. CAT di Firenze, che ha realizzato analoghi interventi nelle settimane precedenti ad Arezzo Wawe e Pistoia Blues, con la presenza di cinque loro educatori professionali.
Il medico e l'infermiere professionale sono stati presenti solamente dal tardo pomeriggio del venerdì al primo pomeriggio del sabato.
Quindi nella fascia non coperta dal personale del 118, che è stato presente a Pian del Vione dal pomeriggio del sabato alla domenica I costi relativi all'attività di questo personale, oltre che ai materiali utilizzati, erano totalmente a carico di Progetto POPPER, il cui finanziamento, nell'ambito del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga, prevedeva, tra l'altro, la realizzazione di simili interventi.
Come personale interno del Dipartimento delle Dipendenze era presente uno psicologo, responsabile scientifico di Progetto POPPER, con funzioni di referente per l'intervento e di raccordo tra l'equipe operativa di Area POPPER ed il Gruppo Operativo coordinato dalla Prefettura.

Attività realizzate

Area POPPER, allestita nella mattinata del venerdì, è stata operativa dal pomeriggio dello stesso giorno, al pomeriggio della domenica, 24 ore su 24, attuando interventi differenziabili su tre livelli:
– intervento preventivo, educativo e di contenimento dei rischi;
– intervento sanitario;
– monitoraggio e conoscenza del contesto e dei frequentatori.

Per i quali sono state realizzate le seguenti attività:

Intervento educativo e di contenimento dei rischi

Allestimento di un'**area chill out** con l'obiettivo di creare all'interno della festa uno spazio di riferimento per le persone, che in uno stato di alterazione eccessivo, necessitassero di un spazio per "riprendersi".
Allestimento di un'**area informativa** caratterizzata dalla distribuzione di materiali informativi sulle sostanze e sui rischi connessi alla loro assunzione e dall'apertura di uno spazio di pensiero e di confronto tra operatori e frequentatori e tra i frequentatori tra loro, sui consumi e sulle sostanze.
Distribuzione di generi di conforto, acqua, tè e tisane calde con il duplice obiettivo di facilitare l'aggancio con i frequentatori e di inserire un ulteriore elemento di decompressione.
Distribuzione di profilattici.
Raccolta siringhe usate con scambio con siringhe sterili.

Intervento sanitario

Attività di primo intervento su problematiche sanitarie minori e su situazioni di crisi sanitaria correlata all'uso di sostanze.
Counselling sanitario.
Intervento veterinario: la presenza del veterinario, per quanto evidentemente poco pertinente al tema delle dipendenze e delle sostanze psicoattive, è stata pensata in relazione alla massiccia presenza di cani al seguito dei frequentatori e si era rivelata, durante la sperimentazione dello scorso anno, un importante elemento di aggancio con i frequentatori, peraltro molto richiesto dagli stessi.
È stata quindi riproposta anche per quest'anno con la presenza di una veterinaria dal primo pomeriggio del sabato alla domenica.

[*] *Psicologo - U. Org. Nuove Droghe.*
[**] *Educatrice Professionale.*
Dipartimento delle Dipendenze, ASL Provincia di Bergamo.

Conoscenza del contesto e dei frequentatori:
– osservazione diretta del contesto;
– contatto con i frequentatori della festa;
– contatto con i "commercianti" di varia natura presenti alla festa;
– somministrazione di questionari conoscitivi.

Valutazione dell'intervento

Aspetti quantitativi

N. di contatti

Intervento educativo e di contenimento dei rischi

I contatti relativi all'intervento educativo sono stati differenziati e definiti nel seguente modo:
– "contatti senza relazione": persone che si avvicinavano ad Area POPPER, generalmente per curiosità, magari prendendo i materiali messi a disposizione, ma senza entrare in relazione con gli operatori;
– "contatto veloce": soggetti che stabilivano un contatto minimo con gli operatori, generalmente con la richiesta di spiegazioni sull'identità e sui motivi della presenza del servizio;
– "chiacchierata": soggetti con cui era possibile instaurare una relazione più significativa e con cui era possibile discorrere, generalmente sulla festa, sulla loro presenza alla stessa, sui consumi di sostanze, …;
– "colloquio": si tratta di colloqui veri e propri, su tematiche più strettamente personali, che riguardavano sia il loro uso di sostanze e le motivazioni della loro presenza alla festa, ma che potevano anche toccare aspetti individuali e privati.

La tab. 1 evidenzia il n. di contatti, differenziati per sesso e per fasce temporali.
Va evidenziato come il totale di 1230 contatti non corrisponda al numero di soggetti effettivamente contattati.
Nel numero di contatti sono infatti compresi anche i soggetti tornati più volte ad Area POPPER, stimabili approssimativamente nel 35 –40% del totale dei contatti avuti.
Pertanto, **è possibile stimare in circa 750-800 il numero totale di soggetti contattati,** pari a circa la metà dei frequentatori della festa.
La tab. 2 evidenzia come il numero totale dei contatti sia significativamente superiore, in valore assoluto (+33%), a quelli relativi all'intervento dello scorso anno, nonostante il dimezzamento del numero complessivo dei frequentatori presenti alla festa.
La tabella evidenzia anche come il rapporto tra numero di prestazioni erogate e numero di presenze complessive alla festa sia aumentato per tutte le tipologie di intervento.
Oltre ai contatti evidenziati in tabella, sono stati contattati, durante il lavoro di osservazione e monitoraggio della festa, alcuni spacciatori ed alcuni venditori ambulanti (una decina), alcuni dei quali si sono resi disponibili a lasciare in distribuzione i materiali informativi di Progetto POPPER ai loro "punti vendita".

Intervento sanitario

Gli interventi degli operatori sanitari possono sostanzialmente suddividersi in:
– prestazioni sanitarie;
– counselling sanitario e sulle sostanze.
Il personale sanitario di Area POPPER (1 medico ed 1 infermiere) si è alternato con il personale del 118, coprendo la fascia oraria com-

Tab. 1 - N. contatti intervento educativo

Giorno	Contatto senza relazione		Contatto veloce		Chiacchierata		Colloquio		Totale		
Sesso	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**Totale**
Venerdì H 12.00-24.00	53	29	75	17	20	8	8	2	156	56	**212**
Sabato H 00.00-8.00	34	2	61	8	41	8	7	0	143	18	**161**
Sabato H 8.00-16.00	19	0	101	22	51	13	12	1	183	36	**219**
Sabato H 16.00-24.00	36	7	29	13	37	3	16	1	118	24	**142**
Domenica H 00.00-8.00	36	26	112	55	62	8	13		223	89	**312**
Domenica H 8.00-14.00	47	18	68	17	29	4	1	0	145	39	**184**
Totale	**225**	**82**	**446**	**132**	**240**	**44**	**57**	**4**	**981**	**262**	
Totale generale	**307**		**578**		**284**		**61**		**1.230**		

Tab. 2 - Confronto 2002-2003

	Presenze alla festa	Contatto senza relazione		Contatto veloce		Chiacchierata		Colloquio		Totale	
		Valore assoluto	% sul totale presenze	Valore assoluto	% sul totale presenze	Valore assoluto	% sul totale presenze	Valore assoluto	% sul totale presenze	Valore assoluto	% sul totale presenze
Festa 2002	3.000	67	2,2%	397	13,2%	344	11,5%	113	3,8%	**921**	**30,7%**
Festa 2003	1.500	307	20,5%	578	38,5%	284	18,9%	61	4,0%	**1.230**	**82,0%**

	Valori assoluti	Valori assoluti	% sulle presenze	Valori assoluti	Valori assoluti	% sulle presenze	Valori assoluti	Valori assoluti	% sulle presenze	Valori assoluti	% sulle presenze
Differenza 2002-2003	–50%	+358%	+18,3%	+45%	+25,3	–17%	+7,4	–46%	+0,2%	**+33%**	**+51,3%**

presa tra il tardo pomeriggio del venerdì ed il primo pomeriggio del sabato.
In questo arco di tempo è stato realizzato un totale di 16 interventi, perlopiù medicazioni e interventi minori.

Veterinario

La presenza del veterinario era stata pensata, anche sulla base del buon impatto dello scorso anno, quale strumento di aggancio per i numerosi possessori di cani presenti alla festa.
Questa funzione si è rivelata significativa anche per l'intervento di quest'anno ed ha avuto un ruolo importante in relazione all'immagine del servizio, favorendone l'accettazione e facilitando il contatto con i frequentatori.
Va tuttavia rilevato come, al di là di questa funzione, la presenza del veterinario abbia avuto una notevole utilità da un punto di vista pratico: sono stati infatti realizzati circa una ventina di interventi tra il pomeriggio del sabato e la mattina della domenica, ma numerose richieste circa l'intervento del veterinario erano giunte agli operatori di Area POPPER già dal pomeriggio del venerdì.
Andrebbe quindi considerata – anche in relazione sempre elevato numero di cani in circolazione nonostante la minore presenza di "punkabestia" – l'eventualità di garantire un Servizio veterinario, in occasione della festa, anche indipendentemente dalla eventuale presenza di interventi di prevenzione sulle sostanze stupefacenti.

Materiali utilizzati

Nei tre giorni di festa sono stati utilizzati e/o distribuiti i seguenti materiali:
– materiali informativi: ca. 1800 schede informative sulle differenti sostanze;
– stupefacenti;
– profilattici: ca. 600;
– siringhe scambiate ca. 200.

La raccolta dati attraverso la compilazione dei questionari conoscitivi ha avuto poco successo anche quest'anno (ne sono stati compilati un totale di 41), confermando l'oggettiva difficoltà dell'applicazione di questo tipo di strumento in un simile contesto.
Da un punto di vista puramente quantitativo i dati possono ritenersi soddisfacenti sia per il numero complessivo di contatti, sia per il totale dei soggetti raggiunti (circa la metà dei presenti).
Si evidenziano alcuni aspetti di rilievo:
– la collocazione a Pian del Vione, quindi all'interno della festa, ha facilitato il lavoro degli operatori, rendendo più facile ed immediato l'accesso ad Area POPPER da parte dei frequentatori della festa, tanto da consentire un numero complessivo di contatti superiore allo scorso anno nonostante il dimezzamento delle presenze (vedi tab. 2);
– si evidenzia una differenza significativa circa la tipologia di prestazioni erogate rispetto all'intervento 2002 (vedi tab. 2): sono infatti aumentati vertiginosamente, in numero assoluto, i "contatti senza relazione" ed i "contatti veloci", mentre i contatti che prevedevano una relazione – "chiacchierata" e "colloquio" – hanno subito una flessione in valore assoluto, ma un modesto incremento se rapportati al totale presenze.

Questi dati si prestano ad alcune ipotesi interpretative:
– la presenza dentro la festa, facilitando le possibilità di accesso all'Area POPPER, ha notevolmente incrementato il n. di contatti con soggetti semplicemente incuriositi dalla nostra presenza o interessati ai materiali e ai servizi offerti, aumentando notevolmente la quota di lavoro dedicata ai contatti senza una relazione vera e propria;
– il numero di contatti relativi a interventi che prevedevano una **relazione** ha subito una flessione significativa in valore assoluto, ma è percentualmente leggermente aumentato se rapportato al numero di presenze; confermando, ancora una volta, la possibilità di creare spazi di relazione, nonché la disponibilità e il bisogno di contatto e relazione presenti anche in questo tipo di contesti;
– il fatto che numerosi soggetti siano tornati più volte ad Area Popper da l'idea di come la stessa abbia potuto porsi come punto di riferimento significativo.

I dati relativi agi interventi realizzati da parte dell'**area sanitaria**, in sintonia con quanto rilevato dagli operatori del 118, evidenziano anche quest'anno un numero di interventi piuttosto contenuto e limitato generalmente ad interventi minori e di **counselling sanitario,** di cui si è confermato un certo bisogno da parte dei frequentatori.
Sembra, in effetti che una delle funzioni principali del personale sanitario vada proprio in questa direzione, oltre, naturalmente a garantire una presenza tempestiva, nel caso di urgenze, sempre possibili.

Aspetti qualitativi

Impatto con i frequentatori

L'intervento realizzato ha confermato la praticabilità e l'importanza della realizzazione di simili iniziative in contesti di questo tipo.
Ancora una volta, abbiamo potuto sperimentare, non solo l'assenza di atteggiamenti ostili, ma, al contrario, una sorta di aspettativa relativa alla nostra presenza.
L'atteggiamento dei frequentatori nei confronti di Area Popper può essere così descritto:
– **abitudine** alla presenza dei Servizi a questi eventi, che ha creato una vera e propria **aspettativa**. In particolare i frequentatori abituali di questi eventi sono abituati alla presenza di Servizi simili al nostro e, in un qualche modo, se li aspettano. Sembrano aspettarsi che ci sia qualcuno che si occupi di loro;
– **curiosità** relativa alla nostra presenza: molti soggetti si avvicinano per capire chi siamo e che facciamo;
– **interesse** per i servizi proposti;
– **disponibilità** al contatto e **desiderio** di confronto e dialogo. Sembra esprimersi con gli operatori di Popper il bisogno di entrare in relazione con qualcuno, di trovare interlocutori significativi, di poter parlare di sé, delle proprie storie, delle proprie storie con le sostanze;
– **indifferenza** – francamente da parte di una minoranza di soggetti – che semplicemente non sono interessati alle nostre proposte e non se ne curano.

Il buon impatto che Area Popper ha avuto nel contatto con i "lunisti" oltre che da questa descrizione e dall'analisi dei dati quantitativi è confermato anche da una serie di elementi osservativi:
Anche quest'anno, nonostante non sia stata rilevata la presenza di veri e propri opinion leaders, i soggetti contattati aventi un preciso ruolo nel "sistema festa" – spacciatori e venditori ambulanti abusivi – hanno espresso **apprezzamento** per la nostra presenza e hanno, in un certo senso, **collaborato** con noi distribuendo i nostri biglietti da visita e le schede informative sulle sostanze.
Numerosi soggetti hanno **riconosciuto Progetto Popper** e i suoi operatori, che avevano avuto modo di incontrare nella scorsa edizione della festa o in altre occasioni e hanno espresso l'apprezzamento per averlo ritrovato
Anche quest'anno alcuni frequentatori hanno assunto il ruolo di **"sentinelle sanitarie"** della festa: giravano per la festa e contattavano gli operatori se individuavano persone che sembravano stare male.
Si è nuovamente verificata la situazione per cui alcuni soggetti si sono quasi **"fatti adottare"** dagli operatori di Area Popper, passando molto tempo con loro.
Un numero significativo di soggetti ha voluto ad ogni costo lasciare qualche spicciolo di "mancia" agli operatori esprimendo la chiara intenzione di voler **riconoscere e "ripagare"**, almeno simbolicamente, per quanto ricevuto.

Area POPPER

Quest'anno, il lavoro è stato indubbiamente facilitato dalla **collocazione** a Pian del Vione, che ci ha consentito di essere in un'area di **massima visibilità**, immediatamente e facilmente raggiungibile, né troppo dentro né troppo fuori la festa e dove le persone che arrivavano alla festa non potevano fare a meno di vederci.
Inoltre, la disponibilità del chiosco utilizzato come base logistica e come deposito materiali, ha facilitato ulteriormente il lavoro degli operatori, garantendo anche una situazione di maggiore tranquillità e comodità.
Anche il numero notevolmente inferiore di presenze complessive alla festa, che ha contribuito a creare un clima tranquillo per tutta la durata della festa, ha, presumibilmente, favorito le attività previste da Area Popper.

Complessivamente, possiamo affermare che Area Popper è stata immediatamente riconosciuta come Servizio disponibile ed è diventata un punto di riferimento per i frequentatori della festa per:
– supporto e assistenza soprattutto per quei soggetti in preda a stati d'ansia e crisi di panico che trovavano contenimento e rassicurazione nella relazione con il personale educativo;
– counselling e monitoraggio delle situazioni di crisi: in diverse situazioni, veniva richiesto agli operatori del Presidio Medico Avanzato (sia di Popper, sia del 118) di controllare persone che sembravano stare male.

Inoltre, sono ancora attuali le considerazione espresse in occasione dell'intervento dello scorso anno, in particolare, dell'intervento realizzato si può dire che ha consentito di stabilire un contatto e di entrare in relazione con **soggetti e gruppi con cui difficilmente si entra in contatto** e che, ancor più difficilmente, entrano in contatto con il mondo dei Servizi.
Con queste persone è stato possibile aprire spazi di **confronto, riflessione e mentalizzazione** sulle sostanze tra soggetti diversi – frequentatori e operatori, frequentatori tra loro – che portano posizioni e riflessioni differenti in merito all'assunzione di stupefacenti ed ai rischi ad essa connessi.
Sono anche scattati, in alcuni casi, meccanismi di "protezione" tra pari: consumatori più esperti, che davano indicazioni ai più sprovveduti, su come utilizzare le sostanze correndo meno rischi.
Nell'ambito di questo spazio è stato possibile inserire elementi tesi a promuovere **maggiore consapevolezza** rispetto ai consumi.
Diventa estremamente arduo verificare se e quanto questi elementi abbiano potuto incidere sui comportamenti; tuttavia, è da ritenersi importante l'inserimento, in un contesto fortemente centrato sull'uso, la sperimentazione e l'abuso di sostanze psicoattive e connotato dalla dimensione dell'agire, l'**apertura di spazi di pensiero** e l'inserimento di **elementi altri**, orientati alla tutela di sé e della propria salute, anche in presenza della scelta di assumere stupefacenti.
Quanto descritto al punto precedente può applicarsi anche ai **comportamenti a rischio** legati alla trasmissione di patologie per scambio di sangue e per rapporto sessuale non protetto: la distribuzione di presidi sanitari ha rappresentato un intervento teso a incidere su comportamenti a rischio (scambio di siringhe, rapporti sessuali occasionali non protetti) sicuramente presenti in questo tipo di contesti.
Area POPPER è diventata punto di riferimento per alcuni tra i soggetti più "deboli" e **"più a rischio"**, che hanno potuto utilizzare parte del loro tempo alla festa, togliendolo al tempo dello sballo, in un punto di accoglimento dove era possibile entrare in relazione con soggetti altri rispetto al solito

Materiali informativi

La riflessione relativa all'impatto dei materiali informativi di Progetto Popper presenta una duplicità di aspetti.
Da un lato, ancora una volta, i materiali si sono rivelati stimolanti, accattivanti e capaci di attrarre ed incuriosire la nostra popolazione target.
Dall'altro, tuttavia, si pone come nota critica l'utilizzo di materiali, pensati per altri contesti, e quindi estremamente sintetici, in un contesto di grandi consumi come la festa della luna.
Sarebbe, probabilmente, preferibile puntare su materiali più mirati al contesto, più approfonditi e maggiormente congruenti con la tipologia di sostanze prevalenti nella festa.
Un ulteriore elemento di criticità, questo rilevato direttamente dai frequentatori, è l'assenza di materiali informativi relativi sia a sostanze molto presenti nella festa, quali funghetti allucinogeni e oppio; sia a **sostanze psicoattive che si stanno diffondendo**, anche grazie al circuito degli smart shops, quali salvia divinorum, assenzio, ecc.

Collaborazione con 118

Uno degli elementi di novità di quest'anno era la costituzione del Presidio Medico Avanzato con la compresenza di personale del 118 e di Area Popper.
Questa integrazione, oltre a consentire l'ottimizzazione delle risorse utilizzate, riducendo il numero di personale sanitario complessivamente impiegato, ha ben funzionato e non ha creato nessun tipo di problema o difficoltà nella gestione dei rapporti con i "lunisti".
Se qualche dubbio, relativo in particolare all'impatto delle divise del personale del primo soccorso, poteva sorgere prima dell'intervento, la pratica ha dimostrato come il problema non sussistesse e come i frequentatori della festa si rivolgessero spontaneamente e senza problemi al personale del 118 per problemi di carattere sanitario.
Questo anche grazie alla competenza professionale ed alle capacità di gestire la relazione con questa tipologia di soggetti mostrata dagli operatori del 118.
Per quanto riguarda, più in generale, i rapporti con la rete istituzionale, va registrato come, rispetto allo scorso anno, la nostra presenza si sia meglio integrata nella rete delle realtà coinvolte nella gestione della festa e di come il lavoro svolto da Area Popper abbia avuto un maggiore riconoscimento.

Conoscenza del fenomeno

La festa

Il dato maggiormente significativo è relativo al mantenimento del trend della festa in costante diminuzione: le circa 1500 presenze di questa edizione rappresentano la metà di quelle dell'anno scorso, a loro volta dimezzate rispetto al precedente.
Il **numero di soggetti** presenti, oltre a costituire un indicatore significativo sull'andamento della festa negli anni e sull'effetto ottenuto dall'attività repressiva delle Forze dell'Ordine, è un elemento che influenza in modo significativo l'andamento stesso e il clima della festa.
I commenti raccolti dai "lunisti", sembravano evidenziare una dinamica di questo tipo: nel corso degli anni, l'azione **dissuasiva** delle F.d.O., operata attraverso i numerosi posti di blocco, ha indubbiamente disincentivato le presenze alla festa, contribuendo alla riduzione del numero dei partecipanti.
La riduzione del numero dei partecipanti ha progressivamente fatto **perdere** alla festa alcune delle **caratteristiche attrattive** che la caratterizzavano: la potenza dell'atmosfera di festa e condivisone è venuta progressivamente meno, il clima è mutato, l'energia che percorreva la festa si è ridotta di intensità.
La combinazione di questi elementi sembra essere all'origine di questo progressivo e costante ridursi delle presenze registrate e viene bene sintetizzata da una frase sentita spesso quest'anno: "meno gente e sempre più controlli!".
Rispetto allo scorso anno si è respirato un clima più tranquillo, si è trattato di una festa un po' "sottotono", questo può essere correlabile, oltre a quanto detto sopra, anche al fatto che sembrava circolare una maggiore quantità di sostanze ad effetto depressivo ed una minore quantità di stimolanti rispetto alle scorse edizioni.
I **commerci** che caratterizzano la festa erano sempre ben presenti, anche se in misura minore.
Complessivamente lo **spaccio** di sostanze stupefacenti aveva un livello di organizzazione minore: erano molti meno i cartelli che indicavano le tende degli spacciatori e le sostanze disponibili, gli spacciatori non avevano una postazione fissa, ma giravano per la festa avvicinando i potenziali compratori, anche se, tendenzialmente, con una modalità meno intrusiva ed invasiva.
Non mancavano tuttavia, in particolare all'altezza della biforcazione delle due "vie" principali che risalgono la festa, alcuni punti molto organizzati, con "merce" ben in vista e attrezzature per l'assunzione a disposizione (bottiglie forate con cannuccia, pipette, …).
A detta di alcuni, sembra esserci anche una sorta di suddivisone geografica dello spaccio: sul lato sinistro, chiamato "la via dell'oppio" era più facile trovare sostanze pesanti, rispetto al lato destro.
Sempre estremamente varia e diversificata l'offerta di **generi di conforto e consumo**, anche qui con livelli di organizzazione molto diversi.
Mancava all'appello il "baretto-griglieria" estremamente organizzato presente l'anno scorso, ma era sempre presente la "pizzeria" degli "Elfi", che aveva aggiunto al menù anche caffè e cappuccino.
Inoltre, un discreto numero di venditori più o meno organizzati vendeva gli articoli più svariati: generi alimentari – dalle salsicce e salame, alle focacce e brioches fresche, a meloni e patate; bevande – dalla birra, al vino ai cocktails; attrezzature per l'assunzione delle sostanze – chilloom, pipette, arnesi vari; strumenti musicali, gadget e "souvenirs" di varia natura.
Complessivamente, si può affermare che, anche in relazione ai commerci, sono in calo i venditori ben attrezzati e organizzati e la prevalenza è rappresentata da soggetti autorganizzati che vendono

gli articoli più vari fuori dalla propria tenda, con modalità da "fai da te".

I frequentatori

Sempre più marcata l'**eterogeneità** dei frequentatori e sempre meno evidente la presenza di tipologie di soggetti ben definite.
Gli stessi "punkabestia" che rappresentavano una delle tipologie maggiormente connotabili ed identificabili, erano presenti in misura molto inferiore rispetto alle passate edizioni della festa.
Si tratta in prevalenza di soggetti **estremamente diversificati**, che non adottano look particolari, fatta eccezione per alcuni punk e per alcuni soggetti che erano agghindati in stile frikkettone o vagamente hippy.
Sono invece confermate sia la prevalenza di soggetti che arrivano in **gruppo**, rispetto ai "singles", sia la marcata prevalenza dei maschi rispetto alle femmine.
Un aspetto significativo è legato all'età dei partecipanti, per quanto si basi solo su un dato osservativo (non abbiamo dati oggettivi in merito) l'impressione è che l'età dei presenti fosse mediamente più bassa dello scorso anno e che, comunque, ci fosse una presenza significativa di **giovani e giovanissimi**, anche di 15-16 anni di età.
Sembra anzi che il calo nelle presenze abbia comportato una certa riduzione dei frequentatori "storici" o comunque dei soggetti più connotati, che rende più evidente la presenza di soggetti giovani e maggiormente "normosimili".
Questo dato, peraltro sintonico con le osservazioni dello scorso anno, suscita le medesime riflessioni: questa festa mostra di conservare un significativo potere di attrazione per giovani e giovanissimi incuriositi e attratti dal mondo delle sostanze e mossi dal desiderio di sperimentarsi nell'assunzione di stupefacenti.
Ciò va tenuto in considerazione, in quanto i giovani sperimentatori sono spesso i soggetti più sprovveduti e **maggiormente esposti ai rischi** connessi all'assunzione di droghe.
Estremamente varia è ancora la **provenienza geografica** dei partecipanti, che arrivano praticamente da tutta Italia e spesso dall'estero.
Significativa la presenza di un gruppo consistente di ragazzi spagnoli, veri e propri "nomadi" di questi eventi, che seguono assiduamente il calendario delle feste di questo tipo in tutta Europa.

Le sostanze

Se sembra essersi registrata, in termini assoluti, una minore quantità di sostanze stupefacenti in circolazione, l'offerta di droghe era sempre molto alta e variegata. Sicuramente in grado di rispondere al "bisogno di stupefacenti" della festa.
Il tentativo di raccogliere elementi conoscitivi sui partecipanti attraverso lo strumento del questionario si è rivelato infruttuoso.
Questo strumento si è confermato uno strumento poco utilizzabile in un simile contesto sia per le caratteristiche stesse dello strumento – la cui compilazione richiede un certo tempo ed un certo impegno – sia per lo stato di alterazione che caratterizza spesso i soggetti presenti alla festa.
Siamo riusciti ad avere un totale di 41 questionari validi, decisamente troppo pochi per avere un quadro statisticamente significativo della popolazione presente alla festa.
Può essere tuttavia utile uno sguardo alla tab. 3 che riassume i consumi di sostanze psicoattive dichiarati dai soggetti che hanno compilato i questionari.
La tabella, con tutte le cautele del caso, offre uno spaccato abbastanza realistico delle sostanze presenti e usate alla festa; mostrando come ancora una volta sia evidente la dimensione del **policonsumo**: sia abitualmente, sia nel contesto festa della luna vengono utilizzate più sostanze, in momenti diversi o in associazione tra loro.
Le **sostanze prevalentemente usate** sono: alcolici, haschish, cocaina, cui fanno seguito le sostanze ad **effetto allucinogeno**: LSD e psilocibina (funghetti).
Queste ultime sostanze sembrerebbero non di utilizzo abituale, ma più riservate ad occasioni particolari, quali, appunto, la festa della luna, dove sono sostanze particolarmente ricercate.
I dati della tabella sono del resto in sintonia con quanto osservato durante l'intervento di Area Popper; ad essi va tuttavia aggiunta una presenza significativa di oppio, non rilevato dal nostro questionario e un dato curioso relativo alla ketamina: era presente in modo piuttosto significativo, anche se non se ne osservava lo spaccio, i consumatori di questa sostanza sembravano essere, perlopiù, autonomamente in possesso della stessa.

Tab. 3 - Uso di sostanze

	Spesso	Almeno 1 volta	Mai	Ultimo mese	Ultima settimana	In questa festa
Alcol	19	40	1	13	15	**26**
Superalcolici	10	32	7	10	12	**14**
Haschish	21	38	3	10	11	**25**
Amfetamine	4	23	15	7	3	**5**
Ecstasy	3	27	11	4	2	**6**
LSD	2	26	12	3	2	**9**
Cocaina	11	33	6	15	9	**12**
Crack	2	11	28	1	1	**2**
Anabolizzanti	0	3	34	1	0	**0**
Ketamina	4	21	17	3	0	**4**
Popper	2	26	13	4	1	**1**
Funghetti	0	24	15	2	1	**7**
Cobret	0	2	36	3	0	**2**
Eroina	3	9	30	5	2	**3**
Psicofarmaci	2	6	33	2	0	**1**

Un dato significativo e preoccupante registrato è il mutamento con cui l'**utilizzo delle siringhe** viene sentito.
Sembra infatti che l'assunzione di sostanze per via endovenosa e, addirittura, in alcuni casi, in intramuscolo stia diventando più accettabile che in passato.
Un'ipotesi interpretativa di questo dato potrebbe essere legata alla diffusione della Ketamina in questo contesto.
Infatti, poiché una delle modalità di assunzione di questa sostanza è proprio quella per via endovenosa, la ketamina potrebbe rappresentare lo strumento di "sdoganamento" della siringa.
Conformemente a ciò è stata osservata anche una significativa presenza di eroinomani che rispetto agli scorsi anni sembravano essere meglio accettati nel contesto.

Rischi

I fattori di rischio "soliti", normalmente correlati all'assunzione di droghe, sono potenziati dalle caratteristiche dell'evento e dai bassi livelli di criticità e di consapevolezza che caratterizzano buona parte dei consumatori.
Inoltre, l'altissimo ricorso ai **mix** più svariati e la tendenza ad **assunzioni multiple** e a comportamenti di evidente abuso, registrati anche quest'anno, incrementa notevolmente il potenziale rischio di incorrere in effetti acuti.
Il mutato modo di percepire l'uso della siringa si pone come elemento di rischio ulteriore, che, se confermato, rappresenta un indicatore significativo di un viraggio negli stili di consumo.
A questo proposito, senza volersi sbilanciare in interpretazioni eccessive, si può avanzare l'ipotesi che i cambiamenti radicali che si sono verificati nella festa negli ultimi anni, abbiano in un qualche modo modificato anche "le regole interne" e i "codici" della festa, indebolendo quelli che sembravano essere "meccanismi di difesa", giocati attraverso atteggiamenti espulsivi e di rifiuto nei confronti di eroinomani e utilizzatori di siringhe, che il contesto spontaneamente attivava in passato.
Come sempre inoltre, le caratteristiche del contesto, in particolare l'elevata promiscuità e la massiccia presenza di persone in alterato stato di coscienza, tendono a favorire anche i comportamenti a rischio correlati alla **trasmissione di patologie infettive**, legati all'utilizzo di siringhe non sterili e/o alla possibilità di avere rapporti sessuali occasionali non protetti.

Conclusioni

In generale e salvo sorprese – sempre possibili quando si tratta di comportamenti giovanili – va detto che la festa della luna si sta confermando un evento probabilmente destinato a spegnersi nel giro di qualche tempo.

L'attività di dissuasione delle Forze dell'Ordine sommata alla conseguente e costante diminuzione nel numero di presenze ed al mutato "clima" della festa, stanno trasformando l'evento in un contesto sempre meno attraente per i frequentatori abituali.
Ciò detto, come evidenziato nell'analisi dei dati raccolti, va prestata molta attenzione al fascino che la festa della luna sembra ancora esercitare sui soggetti più giovani.
Una previsione ragionevole farebbe pensare per il futuro ad una ulteriore riduzione nel numero dei partecipanti, relativa in particolare modo ai "frequentatori abituali" di questo tipo di eventi, per i quali questa occasione sta perdendo appetibilità. Mentre si potrebbe ipotizzare il mantenimento di un certo potere di fascinazione nei confronti di giovani e giovanissimi desiderosi di sperimentarsi nell'assunzione di sostanze stupefacenti, abitualmente poco o niente utilizzate.
Se questa ipotesi dovesse trovare conferma, andrebbe posta particolare attenzione alla tutela della salute di questi soggetti, spesso più sprovveduti e potenzialmente più esposti ai rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare in eventi di questo tipo.
Queste valutazioni acquistano un rilevo ancora maggiore, considerando i cambiamenti che sembrano essersi verificati nella festa in relazione all'utilizzo di sostanze per via endovenosa, verso cui parrebbe manifestarsi una certa tolleranza, assente negli anni scorsi.
Per quanto riguarda Area POPPER riteniamo confermata l'utilità dell'intervento per questi motivi:

- assodatane la fattibilità, è da ritenersi importante l'attuazione di interventi di monitoraggio e tutela della salute in un contesto così fortemente caratterizzato da comportamenti di sperimentazione, uso e abuso di sostanze psicoattive, caratterizzati da alti livelli di rischiosità;
- si è confermata la possibilità di stabilire significativi contatti con una popolazione molto variegata di consumatori – generalmente difficili da contattare e che difficilmente si rivolgono ai servizi – con cui è possibile lavorare per passare messaggi, sia pure minimi e per un tempo circoscritto allo spazio della festa, volti alla promozione di una maggiore consapevolezza;
- la presenza alla festa consente di far conoscere e promuovere l'immagine dei Servizi delle Dipendenze nei confronti di questa popolazione di consumatori;
- la presenza dentro l'evento permette di effettuarne il monitoraggio e di raccogliere notizie e informazioni su questi soggetti e sugli stili di consumo, che diventano preziose per i Servizi per le Dipendenze e per quanti si occupano di giovani. ✎

NOTIZIE IN BREVE

Master Universitario di I livello in: Legame terapeutico e luogo della cura: quali saperi per chi opera nelle comunità

Prof. Italo Carta - Direttore del Corso
Professore Ordinario Università degli Studi Milano-Bicocca, Clinica Psichiatrica - Ospedale San Gerardo, Monza.
In collaborazione con:
ALT Onlus - Associazione Lombarda Tossicodipendenze
Centro Studi Universitario Anita Fattorini
Ospedale Fatebenefratelli Cernusco S/N, MI

Obiettivi:
Fornire ai partecipanti al Master nozioni teoriche e pratiche sui temi della riabilitazione in ambito residenziale. Fornire gli elementi di base su cui sono fondate tali nozioni. Verranno trattate le problematiche inerenti la domanda di riabilitazione e le risposte che l'istituzione e i terapeuti possono fornire in contesti relazionali differenziati.

Anno Accademico 2003-2004

Il corso inizierà il 20 febbraio 2004 e si chiuderà nel dicembre 2004.

Il corso è aperto ad un massimo di 30 studenti (numero minimo 20) in possesso dei seguenti titoli: Laurea in Medicina e Chirurgia o Laurea in Scienze dell'educazione o Laurea in Psicologia o Laurea in Terapia della Riabilitazione Psicosociale o Laurea in Scienze infermieristiche (ex Diploma) o Laurea Triennale ambito socio-sanitario

Il contributo d'iscrizione è stato fissato in Euro 2100 (3 rate)
15 crediti universitari (CFU) - *Durata 375 ore*.

I partecipanti al Master come da normativa ministeriale sono esenti da crediti ECM per l'anno di durata del master.

Piano Didattico

• Identità dell'istituzione, dell'operatore e del paziente • Sapere e fare: costruzione di una domanda • Logica dell'istituzione tra desiderio e potere • La persona ed il sintomo - Il legame terapeutico - Il saperci fare con il desiderio • La "questione" della dipendenza • I limiti - Il gioco della regola - La regola come comunicazione • L'immagine corporea ed il gruppo • Modulo clinico specifico: la persona anziana, con ritardo mentale, la psicosi, il dipendente • Modulo clinico: la gestione del quotidiano • Tecniche e strumenti della terapia cognitiva nella riabilitazione • Organizzazione dei servizi e legislazione • Antropologia • Tecniche nella riabilitazione psicosociale • Danno organico e funzioni cognitive • Criteri e strumenti di valutazione • Processi riabilitativi e relazioni famigliari • Tecniche e strumenti del lavoro di gruppo • Comunità, azienda, lavoro e cooperazione sociale • Conclusione e valutazione

Composizione del Corpo Docente

■ Bertoglio Ambrogio (Monza) ■ Burti Lorenzo (Verona) ■ Carta Italo (Monza) ■ Cerati Giorgio (Magenta) ■ Cerizza Giorgio (Rivolta d'Adda) ■ Clerici Massimo (Milano) ■ Cornaggia Cesare Maria (Monza) ■ Cozzolino Edoardo (Milano) ■ Dalmasso Gianfranco (Roma) ■ De Luca Fabrizio (Livorno) ■ Greco Cosetta (Milano) ■ Lucchini Alfio (Cernusco sul Naviglio) ■ Maiocchi Maria Teresa (Milano) ■ Rezzonico Giorgio (Monza) ■ Rolando Piero (Milano) ■ Tagliabue Luigi (Reggio Emilia) ■ Valzania Mario (Bologna) ■ Vita Antonio (Melzo) ■ Zamporri Franco (Cernusco sul Naviglio) ■ Zuttion Ranieri (Palmanova)

Per informazioni:
Tel.: **039/2332367** - Fax: **039/2332403**
E-mail: **itacarta@tin.it**

FeDerSerD

Assemblea Nazionale di Caserta (19 settembre)
Direttivo Nazionale di Abano Terme (17 ottobre)
Direttivo Nazionale di Montecatini Terme (13 novembre)

Il secondo semestre del 2003 è iniziato con la Assemblea Nazionale tenutasi a Caserta il 19 settembre, al termine del Congresso tenutosi alla Reggia.
I presenti hanno approvato le linee programmatiche politiche della Federazione, in particolare lo sviluppo del Tavolo di Alta Integrazione con FICT e CNCA.
Autorizzata la costituzione della Federazione Campania su richiesta dei consiglieri d'Amore e D'Orsi.
Il Direttivo Nazionale di Abano, anche in questo caso collegato al Congresso, in data 17 ottobre ha approvato la programmazione 2004 della Federazione e definito le linee organizzative e il budget relativo.
Il Direttivo ha discusso la evoluzione dei rapporti con SITD (report incontro del 27 settembre), e la partecipazione attiva al Laboratorio di Perugia e alla Consulta delle Società Scientifiche e Professionali.
Autorizzata la costituzione delle Federazioni Lombardia (su richiesta dei consiglieri Fea e Lucchini), Lazio (su richiesta del consigliere Leonardi), Sicilia (su richiesta dei consiglieri Faillace e Serio).
Il Direttivo Nazionale di Montecatini, tenutosi il 13 novembre durante il Master, ha approvato il programma di massima del Congresso di Milano dell'8 e 9 marzo 2004 e le linee di fondo del Secondo Congresso Nazionale di Firenze del 17-20 ottobre 2004, come illustrati dal segretario Lucchini.
Inoltre ha considerato raggiunti gli obiettivi 2003 della Federazione in termini di iniziative formative, congressuali, editoriali.
Il Direttivo ha dato mandato al segretario esecutivo di curare lo sviluppo del Master di Management Sanitario e Comunicazione per l'anno 2004.
Il Direttivo ha valorizzato il progetto di prevenzione "Eroi in campo" illustrato dal consigliere Bacci, impegnandosi nella realizzazione nel corso del 2004.
Il Direttivo ha assunto (vedi nota a parte) una prima posizione pubblica sul DDL Fini e valutato l'adesione a momenti di elaborazione e pressione (anche legislativa) sia su questo argomento che per alcune emergenze derivate dalla impostazione della Finanziaria (art.13).

Caserta 18-19 settembre 2003

Abano Terme 16-17 ottobre 2003

Conferenza stampa, Roma 2 ottobre 2003

L'attività di FeDerSerD nel 2003: un bilancio crediamo lusinghiero

Ecco alcuni dei risultati raggiunti nel 2003:
– Adesione di oltre 800 iscritti, tra cui parte notevole degli operatori dei servizi delle dipendenze.
– Pubblicazione del trimestrale MISSION, inviato a 5.000 operatori del settore e di settori affini (giunto al numero 8).
– Sviluppo del sito ufficiale www.federserd.it.
– Costituzione del Tavolo di Alta Integrazione con CNCA e FICT, sua presentazione istituzionale e organizzazione di due conferenze stampa nazionali.
– Partecipazione di esponenti della Federazione a dibattiti ufficiali in sedi istituzionali.
– Partecipazione di esponenti della Federazione a commissioni scientifiche nazionali, regionali e di azienda.
– Presenza della Federazione tramite i suoi dirigenti negli interventi su giornali e media per problematiche legate alla attualità politica, istituzionale, scientifica di settore.
– Partecipazione della Federazione ai lavori della Consulta delle Società e Associazioni scientifiche e professionali e al Laboratorio di Perugia.
– Accreditamento alla 5° Global Conference on Drug Prevention - Roma, settembre.
– Organizzazione del Primo Master Biennale (400 ore) di Management sanitario e comunicazione per Direttori di Dipartimenti e Ser.T. (con ISTUD, 40 partecipanti).
– Organizzazione di 10 edizioni del Corso "Principi di Buon Uso del Metadone" strutturato per 50 medici dei servizi delle dipendenze nelle diverse regioni italiane (Puglia, Lazio, Sicilia, Marche, Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria).
– Organizzazione di 25 edizioni del Corso "Focus sulla Farmacoterapia delle Dipendenze: la Buprenorfina" strutturato per 40 medici, psicologi, infermieri dei servizi delle Dipendenze nelle diverse Regioni italiane (Lombardia, Liguria, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio, Marche, Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia).
– Organizzazione del Convegno "Addiction Quale domani - La complessità di un percorso terapeutico - Clinica, etica e integrazione socio-sanitaria" il 18 e 19 settembre 2003 al Teatro di Corte della Reggia di Caserta con la partecipazione di oltre 300 operatori del settore.
– Organizzazione del Convegno "I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanza psicoattive legali e illegali" il 16 e 17 ottobre 2003 presso il Teatro Congressi Pietro d'Abano di Abano Terme (Pd) con la partecipazione di oltre 400 operatori del settore.
– Organizzazione dell'evento formativo "La Scuolina", Faenza, 24-26 novembre 2003, con la partecipazione di 150 operatori nei tre moduli.
– Costituzione di cinque Federazioni Regionali (Abruzzo – Molise, Campania, Lombardia, Sicilia, Lazio) anche con eventi di interesse locale.
– Patrocinio di 21 convegni, congressi, eventi di carattere regionale e nazionale.
– Pubblicazione di due volumi a cura della Federazione: Abstracts del Congresso di Cernobbio e Manuale di Emergenza e Urgenza nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile.
– Pubblicazione di due numeri speciali "FeDerSerD Informa" in occasione del Congresso di Abano e del Convegno sulla Medicina Complementare di Garbagnate (Milano).

Ricordo di Lorenzo Bignamini

"**Ut omnes unum sint** sicut tu Pater in me et ego in te **ut et ipsi in nobis unum sint** ut mundus credat quia tu me misisti". (Vangelo di Giovanni 17:21)

È sabato 9 agosto mattina… sono le 8.20… sfoglio il solito quotidiano del mattino ma giunto alla prima pagina dell'inserto di Milano città lo sguardo cade sul titolo che mai avrei voluto leggere… ieri a Milano venerdì 8 agosto intorno alle 16.30 è stato pugnalato al cuore e ucciso il dottor Lorenzo Bignamini appena fuori il CPS dove lavorava in via Barabino…
È stato un agosto che difficilmente potremo dimenticare a Milano… la morte di Lorenzo Bignamini prima e la strage di via Biancospini a Rozzano, avvenute in circostanze, luoghi persone e modalità così irreali in questa città deserta, desolata e torrida… ci ha fatto temere che il limite fra gli incubi, i deliri e la realtà si fosse in un sol colpo dissolto…!!!
Lorenzo Bignamini era medico specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta ad indirizzo analitico junghiano, esperto di comunicazione in medicina, di psichiatria di collegamento con i medici di famiglia,di gruppi terapeutici. Presidente della società italiana di psicologia clinica medica.
Si interessava, dimostrando in questo di conservare e tramandare la cifra distintiva del medico psicologo clinico rispetto allo psichiatra, degli aspetti comunicativi della relazione medico paziente, ma anche del benessere del medico.
Si può dire che Lorenzo pur così giovane ancora ed anche in questo unico, aveva percorso e stava ancora percorrendo con grandissima passione e frequenti viaggi (dagli Stati Uniti all'India), tutti i percorsi e gli incroci possibili di ambiti professionali (psichiatra, psicologo, psicoanalista) sempre più divisi in termini di potere ma talmente vicini da ingenerare una gran confusione nell'immaginario collettivo.
Lorenzo lavorava per unire non per dividere… "ut unum sint"…
E noi dobbiamo ricordarlo anche per questo suo grandissimo contributo personale, morale, antropologico ancor prima che scientifico.
Lorenzo era un amico, dolce, gentile, disponibile, libero dalla spocchia imperante.
Tutti noi lo ricordiamo come il primo medico fra quelli del CPS di Rozzano, a volersi e sapersi interessare di doppia diagnosi, a voler seguire insieme a noi i tossicomani che richiedevano interventi più complessi… con infaticabile energia, libero da vincoli mentali tali da impedirgli di pronunciare frasi che per anni abbiamo sentito pronunciare da altri scandalosamente… "il paziente non è mio… è tuo…" ecc. ecc.
Lorenzo aveva un gran rispetto, da vero cristiano, per pazienti e colleghi.

Ricordiamo ancora con commozione un caso clinico affrontato anni fa assieme al lui:
il paziente era portatore di un'annosa storia di dipendenza da eroina e s'era deciso di programmare un invio in struttura protetta. Nel frattempo il paziente venne arrestato per un cumulo di vecchi reati, entrò in carcere e si scompensò dal punto di vista psicopatologico, presentando un grave quadro depressivo complicato da un comportamento simil catatonico. Ci pronunciammo a riguardo dell'assoluta incompatibilità del suo stato mentale con la detenzione e il paziente venne scarcerato e accolto in una CT. Ma lo stato depressivo perdurava e con esso il rischio autolesivo. Si verificò un primo episodio di crisi convulsive misteriose intrattabili per cui si ritenne necessario un periodo di osservazione in S.P.D.C. Al verificarsi del secondo episodio convulsivo venne deciso un trasferimento d'ufficio (il paziente era residente a Rozzano, pertanto venne definito extraterritoriale (!!!) in altro SPDC della Regione senza avvertire la CT né il Ser.T.
Il paziente venne successivamente dimesso dal SPDC ed entrò in un'altra CT. Ancora crisi convulsive inspiegabili. In questo clima confuso ricordiamo ancora come Lorenzo decise di rimboccarsi le maniche e andò a visitare il nostro paziente in CT, insegnando successivamente agli operatori come gestire le crisi per evitare i continui ricoveri.

Lorenzo poteva contare su una grande empatia. Ricordiamo anche quando andò via per andare a lavorare a Milano città: convocò i nostri pazienti e spiegò i motivi anche personali per cui andava via; in tal modo lì aiutò ad elaborare la separazione facendoli sentire persone…
Che il Signore ce lo invii sempre, invisibile ma presente al nostro fianco, in veste di angelo custode a consigliarci e a ricordarci l'afflato originario che ci ha fatto scegliere questo sempre più arduo mestiere...

Gli amici e i colleghi del Ser.T. di Rozzano

FeDerSerD

Sede legale: Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Presidente Onorario
Rita Levi Montalcini

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

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

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 45,00 per i laureati e a € 25,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:
❒ versamento sul Conto Corrente Bancario n. 311883 intestato a FeDerSerD presso Credito Cooperativo di Grosseto - Banca della Maremma - Agenzia n. 1 di Grosseto - Via Unione Sovietica 42 - 58100 Grosseto ABI 8636 CAB 14301
❒ versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

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

ANNO 2004 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
INDIRIZZO (personale) _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ REGIONE _____
PROFESSIONE _____
INDIRIZZO (lavorativo) _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
E-MAIL _____
Chiedo: di essere iscritto in qualità di "Socio Ordinario" alla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
_____ lì _____ / _____/2004 Firma _____
Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)
Estremi ricevuta versamento _____
Parere del Segretario Esecutivo ❒ Favorevole ❒ Sfavorevole Firma _____
Visto per approvazione: Il Presidente _____