

Un contributo alla "mission": il senso del Congresso e il nostro lavoro quotidiano 1

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI AL CONGRESSO NAZIONALE**

Etica Valori Sicurezza, di Maurizio Fea 3

Esiste (ancora) un problema sicurezza legato alla droga, di Edoardo Polidori 3

Aziendalizzazione della sanità: modelli organizzativi per le Dipendenze, di Vincenzo Marino 4

Depressione, disturbi affettivi e tossicodipendenza, di Roberto Cataldini 5

Tossicodipendenti genitori, minori e servizi: criticità gestionali e sviluppi metodologici, di Sandra Basti 5

Nuovi lavori, nuove forme di dipendenza patologica, di Giuseppe De Luca 6

Genetica, famiglia e aggressività, di Gilberto Gerra e Amir Zaimovic 6

Le terapie non convenzionali e le dipendenze, di Cosetta Greco 7

Formazione, corsi di specializzazione: quale qualificazione per gli operatori delle dipendenze?, di Edoardo Cozzolino e Antonio d'Amore 8

Tabagismo, dimensioni del problema e aspetti terapeutici, di Biagio Tinghino 8

Psicoterapie e trattamenti di gruppo, di Biagio Sanfilippo e Walter Mascetti 9

La valutazione, di Ernesto Gola 10

Il gioco d'azzardo patologico, di Daniela Capitanucci e Mauro Croce 11

L'automatizzazione nei Ser.T: quale relazione con la relazione?, di Marcellina Bianco 12

Uno sguardo introduttivo per la valorizzazione dei concetti di managerialità e qualità dei servizi, di Pietro D'Egidio 12

Concetti chiave per la gestione manageriale e la qualità del sistema dei servizi per le dipendenze patologiche, di Raffaella Olandese 13

**LEGISLAZIONE**

Ministero della salute e Ministero della giustizia decreto 10 aprile 2002 con commento di Roberto Calabria 15

**RECENSIONI**

M. Fea, S. Basti, E. Dodi, G. Magarò Prevenzione delle dipendenze e multimedialità: "Il Quinto Livello" 16

A. Lucchini (a cura di) L'uso della buprenorfina nel trattamento della tossicodipendenza 27

**CONTRIBUTO REDAZIONALE**

Il trattamento delle tossicodipendenze 19

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI**

Una riflessione sul metadone a mantenimento Gilberto Gerra e Amir Zaimovic 28

**LETTERE/DIBATTITI**

Cooperativa Sociale Zarapoti 25

**ORGANIZZAZIONE**

La salute dei nostri servizi 31

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI/RICERCHE**

Campagna di prevenzione degli incidenti stradali "notte sicure" in Toscana Alessandro Coacci 32

**NOTIZIE IN BREVE**

Attivo il sito internet di Fe Der Ser D 2  
Proposte di Formazione 2003 26

# Mission

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



## Un contributo alla "mission": il senso del Congresso e il nostro lavoro quotidiano

Il primo congresso nazionale di Fe Der Ser D, che si tiene a Cernobbio nel mese di ottobre, si caratterizza per un insieme di sessioni, quasi trenta, che hanno l'ambizione di offrire ai colleghi che operano nei servizi, pubblici e privati, un'ampia panoramica dei compiti che i servizi hanno, anche alla luce delle normative che via via "arricchiscono" il settore.

Normative che, se non sempre appaiono organiche e corrispondenti alla realtà delle forze in campo, sicuramente affermano alcuni indirizzi costanti.

Tra questi vogliamo segnalare l'indicazione della necessità e centralità dei Dipartimenti delle Dipendenze per monitorare i bisogni territoriali, programmare gli interventi, regolare il sistema pubblico-privato.

Il ruolo quindi dei Ser.T e delle altre unità di intervento nelle presa in carico e cura degli utenti/pazienti con bisogni riferibili all'uso di ogni tipo di sostanze, ed anche a difficoltà legate a dipendenza senza uso di sostanze.

La riaffermazione infine della importanza del contrasto all'uso di droghe e degli interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio.

Dal punto di vista dei principi e della organizzazione le intese Stato Regioni del 1999, sia quella sulla riorganizzazione del sistema di intervento, sia quella sull'autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei servizi, sono atti importanti, di riferimento, attuali e in gran parte condivisibili.

In altri numeri di Mission si è trattato diffusamente di questi temi, ed è corretto avvisare il lettore che Mission e Fe Der Ser D continueranno ad occuparsi molto di organizzazione, legislazione, programmazione e management.

Anche il giudizio sul recente decreto del ministero della salute del giugno 2002, impropriamente definito nuovo dm 444, rientra in questa volontà di approfondimento.

Il documento del direttivo di Fe Der Ser D pubblicato "a caldo" sul secondo numero della rivista a luglio, tentava di delineare gli aspetti positivi, negativi e problematici fissati nel decreto.

Siamo ormai consapevoli non solo che nessuno ha la bacchetta magica per sradicare i fenomeni di dipendenza da sostanze, ma neppure la possibilità di definire un quadro completo e soddisfacente di intervento.

# Mission

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

FrancoAngeli

ANNO I, 2002 - N. 3

Fe Der Ser D

**Proprietà:** Fe Der Ser D

**Sede legale**

Viale Europa n. 11/B, 58100 Grosseto

**Comitato di Direzione**

Alessandro Coacci,  
Bernardo Grande,  
Alfio Lucchini,  
Luciana Bacci,  
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,  
Pietro Fausto D'Egidio, Maurizio D'Orsi,  
Maurizio Fea, Guido Faillace,  
Claudio Leonardi, Ezio Manzato,  
Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori,  
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 n. 21,  
20066 Melzo (MI), Tel/fax. 02 95736995

**Direttore responsabile:** Franco Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio, 16  
S. Giuliano Mil. (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



Allo stesso modo sappiamo che affermazioni, ad esempio di politici, nette e definitive, hanno un senso per il "sentimento etico" della nazione, ma non per l'operatività diretta delle istituzioni di servizio e neppure per quelle repressive. Certamente vi sono snodi importanti nella articolazione dei poteri nel Paese, come quello del federalismo e della devolution, che possono invece direttamente e velocemente cambiare gli scenari del nostro agire.

Non è possibile quindi nascondere la grande preoccupazione che l'insieme della situazione alimenta, e diciamo questo proprio da un osservatorio reale per poter parlare, quello dei servizi, sempre più in sofferenza in uomini, strutture e mezzi. Grande attenzione quindi a quello che avviene ai vari livelli istituzionali, nelle nostre Aziende, nelle Regioni, fino allo Stato, e serenità nei giudizi e nelle azioni. Le recenti prese di posizione e gli atti di alcune Regioni contro il decreto di giugno, se da una parte testimoniano un interesse per il tema, dall'altra non ci attivano in modo particolare, specialmente se pensiamo alla scarsa valorizzazione del sistema delle dipendenze che gran parte delle Regioni poi in realtà pratica. Ma torniamo alla nostra "mission": il rispetto primo e assoluto Fe Der Ser D lo ha verso gli operatori professionali del sistema di intervento, questi sono il riferimento e la linfa per le iniziative della Federazione.

Abbiamo attivato un sito internet per aprire anche forum e discussioni con i nostri iscritti e gli operatori tutti, oltre che per offrire servizi, mentre il periodico Mission si amplierà e si specializzerà sulle questioni più di fondo e di analisi. Le intenzioni di Fe Der Ser D sono quindi molto lontane da quelle di chi di tanto in tanto spara sentenze o da chi è inesorabilmente legato al passato: siamo interessati al presente e al futuro, siamo interessati a valorizzare le esperienze di buone pratiche nei servizi, per migliorare sempre, per sfidare con la scienza e l'impegno una patologia complessa.

È lo spirito di una organizzazione di operatori, diversi nelle loro funzioni e collocazioni, ma uniti dal lavoro su un tema attivo e ineliminabile, che richiede una partecipazione e un impegno notevoli.

Il momento congressuale, si diceva più sopra, è un momento ampio, vi è anche il rischio della dispersione in molti rivoli, ma è anche un momento di incontro, di gioia, di riflessione comune in un luogo tranquillo e interessante.

Nelle pagine che seguono abbiamo invitato moderatori o relatori di alcune sessioni a illustrare il senso delle stesse, per offrire un contributo tecnico non solo ai partecipanti al congresso, o ai 400 iscritti a Fe Der Ser D, ma anche ad altri 3.500 professionisti che ricevono regolarmente il nostro periodico.

Si è privilegiato, considerata la vastità dei temi congressuali e il fatto che tutti gli atti congressuali verranno pubblicati, il riportare brevi interventi di operatori del settore, a significare il contributo dei professionisti di base alle sessioni congressuali. ✍

## NOTIZIE IN BREVE

### ATTIVO IL SITO INTERNET DI Fe Der Ser D: [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

[www.federserd.it](http://www.federserd.it) Ci siamo! Finalmente siamo in rete!

La Presidenza di Fe Der Ser D ha attivato il sito internet, come da mandato della Assemblea Nazionale della Federazione tenutasi a Roma il 26 giugno.

Nel corso del Congresso Nazionale di Cernobbio verrà presentato agli operatori il progetto.

Questo sito si propone di dare un contributo a tutti gli operatori delle dipendenze per conoscere, riflettere e partecipare.

In un mondo sempre più ricco di notizie è difficile selezionare ciò che ci interessa veramente. Cercheremo di farlo insieme.

Ci saranno sezioni su: La scienza - Le recensioni - Il management - Il dibattito - La vita della società - Gli appuntamenti - I link - La documentazione di riferimento e altro ancora.

Vogliamo realizzare un sito vivo, capace di evolvere e migliorare con il coinvolgimento di tutti gli operatori del settore delle dipendenze.

Per questo motivo vogliamo augurare alla redazione, ma soprattutto a voi... un buon lavoro.

(Un plauso al consigliere nazionale Pietro Fausto D'Egidio, che ha curato le procedure e la celere operatività)

## Etica Valori Sicurezza

*Maurizio Fea\**

Solitamente aspetti di tale natura sono trattati in ambiti specificamente dedicati o fanno da cornice elegante e suggestiva a contenuti più tecnici, finendo per riproporre sostanzialmente la scissione tra la pratica clinica con i suoi correlati biomedici e sociali e i legittimi interrogativi che derivano dalle domande di senso sul nostro operare e, perché no, anche dalle critiche che ci sono rivolte sia dai committenti sia dai clienti.

Il tema della missione dei servizi viene perciò affrontato da un filosofo (Salvatore Natoli) e da un teologo (cardinale Ersilio Tonini) per sottolinearne con i loro contributi le dimensioni etiche e valoriali, in rapporto a quegli aspetti del lavoro talora negletti per timore, trascurati per indifferenza, scotomizzati come un'appendice formale da rispettare.

È il confronto con problemi che non sono di natura strettamente scientifica, ma investono quei codici giuridici e morali che ci permettono di valutare le nostre azioni e alla luce dei quali prendiamo decisioni o giudichiamo le decisioni di altri.

Decisioni che hanno a che fare con il desiderio della felicità e dell'appagamento sia nostro che dei nostri pazienti.

Frequentemente questi desideri dei nostri pazienti confliggono con altre esigenze, altrettanto legittime anche se forse meno nobili.

Come conciliare allora la salute degli uni con la sicurezza degli altri, la ricerca dell'appagamento personale con il benessere della collettività, la adeguata realizzazione di sé con la propria ed altrui libertà?

*\* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Pavia, Direttivo nazionale Fe Der Ser D*

Diversi sono i punti di vista e le istanze che vengono presentate nella sessione sulla sicurezza (sacerdoti impegnati nel settore, insieme a tecnici e decisori politici) le cui osservazioni si intrecciano inesorabilmente con il tema della missione dei servizi, perché l'attenzione alla centralità della persona espressa generalmente dagli operatori, rimane un fattore di conflitto con altre istanze normative espresse da chi rappresenta i bisogni della collettività, a meno che non si identifichi il valore della norma come il bene supremo.

Non è affatto indifferente nella composizione valoriale della missione, l'assumere il modello della devianza e/o il modello della sofferenza (il corpo sociale o il corpo individuale malato o da salvaguardare) come teoria interpretativa e di ciò si discute nelle due sessioni, alla ricerca di altre possibilità esplicative, che non orientino irrimediabilmente la riflessione etica in senso fortemente normativo, legittimando in questo modo l'esclusione del presunto deviante o del presunto sofferente dal suo sistema significante. Il fatto è che ogni processo di legittimazione sociale comporta sempre una qualche forma di controllo che a sua volta richiede una visibilità di ciò che viene legittimato per poterne misurare la compatibilità sociale anche all'interno di percorsi di congruenza simbolica.

Nel nostro caso in particolare, diventa perciò difficile sottrarre il sapere al rischio di concorrere inconsapevolmente alla composizione della legittimazione sociale di pratiche medico scientifiche subordinate e con evidenti effetti normativi sulle pratiche sociali e sulle libertà individuali.

Per questa ragione discutere di mission dell'intervento, di sicurezza e controllo sociale, è condizione indispensabile per suggerire coordinate efficaci, indicazioni non contraddittorie ed ambigue come quelle che si stanno profilando intorno alla questione della cronicità, della durata dei trattamenti, della loro finalità. ☞

## Esiste (ancora) un problema sicurezza legato alla droga?

*Edoardo Polidori\**

"La vita potrebbe non avere alcun significato. Oppure, ancora peggio, potrebbe averne uno che disapprovo".  
*Ashleigh Brilliant*

Probabilmente non ci troviamo, oggi, di fronte ad un incremento di reati connessi all'uso di droga tale da far ritenere in pericolo la sicurezza delle persone.

Esiste, comunque, una sensazione di maggiore vicinanza a possibili fonti di pericolo (tossicodipendenti, immigrati, nomadi, senza dimora, ...) tutti vissuti come minacciosi per la sicurezza dei cittadini. La tossicodipendenza viene quindi considerata dalla maggioranza delle persone un problema fondamentalmente di ordine pubblico, soprattutto quando viene letta sul versante generale, mentre la maggioranza dei tecnici la fa rientrare nell'ambito delle patologie psichiatriche.

In questo senso la lettura del fenomeno "uso di sostanze" non trova mai la sua collocazione, come invece avviene in molti paesi europei, nell'ambito della Salute Pubblica.

Il quesito non è tanto se siano necessarie più Forze dell'Ordine o più medici, ma se le politiche sulla tossicodipendenza possono prendere in considerazione i diversi aspetti di prevenzione, cura, riabilitazione, riduzione del danno e repressione che, con-

giuntamente, si traducono in maggior sicurezza (e in maggior salute) per tutti i cittadini, tossicodipendenti e non.

Una strategia comune deve accettare la sfida di questi diversi livelli di intervento per garantire maggior salute a tutti.

In altre parole il "problema" sicurezza deve partire da un'attenta analisi del territorio che indaghi il "fenomeno" tossicodipendenza evitando il facile passaggio da "problema sicurezza" a "problema tossicodipendenza".

I problemi vanno risolti, i fenomeni vanno compresi. (Il problema degli automatismi è tale per cui spesso anche il semplice uso di sostanze diventa sinonimo di tossicodipendenza e, come tale, assume la dimensione di problema e di minaccia, per il singolo e per la collettività).

- È possibile scegliere di investire in un sistema di cura che non lasci il cittadino con problemi di tossicodipendenza abbandonato a se stesso?
- Qual è il ruolo che le singole professionalità possono spendere in questo percorso?
- Le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni quanto vogliono spendere per problemi che vedono questa forte integrazione tra aspetti sanitari e aspetti sociali?
- È possibile ipotizzare un tavolo per la sicurezza territoriale?
- Chi deve sedersi attorno a questo tavolo?

Non tutte le domande potranno avere delle risposte, ma è legittimo comunque porre domande che attingono al senso dell'intervenire, del progettare, del costruire.

Penso che questo voglia dire accettare la sfida di costruire una politica che sappia promuovere la salute delle persone, anche di coloro che attribuiscono significati diversi al proprio vivere.

Nel pieno rispetto di diritti e doveri di tutti. L'alternativa è costruire continuamente "Carte dei diritti" (dei cittadini, degli operatori, dei pazienti, delle vittime dei reati, ...) che inevitabilmente, in assenza di una politica, si trasformeranno in "diritti di carta". ☞

*\* Responsabile Ser.T Faenza, ASL Forlì. Direttivo nazionale Fe Der Ser D*

# Aziendalizzazione della sanità: modelli organizzativi per le Dipendenze

Vincenzo Marino\*

Oggi, persino nelle "roccaforti" nord-europee patria del Welfare (inteso come sistema di protezione sociale del cittadino da parte dello Stato, "dalla culla alla bara"), il Welfare State sta attraversando una profonda crisi ed un radicale processo di revisione e trasformazione.

Le ragioni di tale crisi sono strutturali e non contingenti e sono state individuate nei seguenti "limiti" evidenziati dal sistema:

1. lievitamento dei costi divenuti progressivamente incompatibili con le risorse disponibili;
2. notevole disomogeneità della qualità delle prestazioni erogate con scarsa qualità media;
3. scarso potere contrattuale e possibilità di scelta nei confronti delle strutture da parte del cittadino/utente.

Conseguentemente, le misure "correttive" adottate sono andate nella direzione di:

1. trasformare il "Welfare State" in "Welfare Mix" con modificazione del ruolo statale da erogatore di servizi a regolatore del sistema delle strutture erogatrici;
2. affermazione del principio di sussidiarietà dell'intervento statale e valorizzazione dell'insieme delle risorse e potenzialità già presenti nella comunità locale (famiglia, volontariato, strutture private);
3. promozione della concorrenza fra le strutture erogatrici di servizi (sia pubbliche che private) e assegnazione alle strutture di compensi proporzionali alla quantità e qualità delle prestazioni erogate;
4. introduzione di criteri di managerialità nella gestione delle strutture e dei servizi pubblici;
5. affermazione della libertà di scelta della struttura erogatrice da parte del cittadino/cliente.

Anche l'Italia ha avviato analoghi processi di cambiamento che stanno riguardando tutti i settori di intervento pubblico (previ- denza, istruzione, ecc.) ed in modo particolare il settore relativo all'assistenza socio-sanitaria coinvolgendo inevitabilmente anche il Sistema d'Intervento sulle Dipendenze.

Nell'ambito del Sistema d'Intervento sulle Dipendenze, la compiuta realizzazione dei principi di riforma sopracitati (ispirati al "Welfare Mix", al principio di sussidiarietà, alla promozione della concorrenza fra le strutture erogatrici di servizi, alla gestione manageriale del sistema ed alla libertà di scelta del cittadino) ha richiesto infatti la costruzione di un nuovo modello organizzativo capace di garantire un reale governo ed una effettiva regolazione del ridisegnato sistema di intervento misto.

Tale struttura è stata correttamente individuata dalla normativa vigente (Accordo Stato-Regioni, D.M. e normative regionali) nel Dipartimento delle Dipendenze, struttura con funzioni di programmazione partecipata, acquisto delle prestazioni e controllo della qualità delle prestazioni erogate dall'intero sistema pubblico/privato d'intervento sulle Dipendenze.

Questa radicale trasformazione organizzativa del Sistema d'Intervento sulle Dipendenze (SID) che costituisce per gli operatori del settore una sfida, rispetto alla capacità di riorganizzazione degli interventi, non esente da rischi ma anche fonte di notevoli opportunità, risulta d'altra parte ineludibile.

Il Sistema d'Intervento sulle Dipendenze non può infatti essere visto come un "sistema chiuso" autoreferenziale ma, utilizzando

una metafora biologica, come "organismo" la cui sopravvivenza e funzionalità dipende dalla capacità che il sistema ha di adattarsi all'ambiente esterno (fonte di vincoli ma anche di risorse) e di raggiungere un equilibrio accettabile fra le sue diverse componenti interne (paragonabili agli organi).

L'ambiente esterno svolge un ruolo molto importante nel condizionare il tipo di struttura organizzativa sia in quanto macroambiente generale che in quanto microambiente specifico:

1. a livello macroambientale (sistema generale): il SID, come qualsiasi altro sistema organizzativo, risente del sistema politico-economico-sociale nel quale opera, che influenza il suo funzionamento sia attraverso norme legislative nazionali e regionali che definiscono la "missione" del servizio e la sua forma organizzativa generale, sia attraverso condizionamenti socio-culturali (liberalizzazione/proibizionismo, riduzione del danno/alta soglia, ecc.);
2. a livello microambientale (sistema specifico): il SID interagisce con il proprio ambiente esterno di riferimento e cioè con il più vasto sistema Aziendale da cui riceve istruzioni e risorse e con i propri utenti/clienti dai quali riceve fattori in entrata (budget, domande di prestazioni) che trasforma in prodotti/servizi nell'ambito di un processo di elaborazione/erogazione.

Accanto alle modificazioni macroambientali generali illustrate, anche lo scenario specifico dell'abuso di sostanze sta facendo registrare negli ultimi anni un diverso atteggiamento quali-quantitativo della domanda di prestazioni/servizi legato a cambiamenti strutturali nella tipologia delle sostanze d'abuso utilizzate e di accesso ai servizi (richieste d'intervento su droghe legali: Alcol, Farmaci, Tabacco o su comportamenti d'abuso: Disturbi alimentari, Gioco d'Azzardo Patologico, ecc.; interventi a bassa soglia e da strada, nascita di strutture intermedie e specialistiche, ecc.).

Tali mutamenti richiedono sempre maggiori capacità organizzative del Sistema di Intervento sulle Dipendenze che deve necessariamente assumere nuove configurazioni organizzative vicine alla "impresa-rete", intesa come insieme di sistemi interni ed esterni, autoregolati ed interconnessi, con autonomia operativa e gestionale e con responsabilità di risultati.

Per raggiungere la propria meta, il SID necessita pertanto di una struttura organizzativa adeguata al sistema generale e specifico di riferimento (al proprio "mercato") e di una definizione di obiettivi e strategie operative coerenti.

Tutto ciò comporta notevoli implicazioni nell'organizzazione del lavoro, che deve conformarsi alle crescenti esigenze di flessibilità sviluppando nuovi modelli basati su "ruoli" definiti da:


- responsabilità su risultati;
- abilità nella soluzione di problemi;
- collegamenti e comunicazioni interne ed esterne.

In questo senso, dirigere una struttura, semplice o complessa, deve corrispondere ad avere "possibilità di decidere", cioè di gestire un processo che prevede:

- la raccolta delle informazioni;
- la formulazione di piani e programmi di lavoro;
- la scelta tra diverse alternative;
- la conduzione dei programmi operativi;
- la verifica sistematica dei risultati;
- il coinvolgimento, nelle diverse fasi, delle risorse umane assegnate.

Anche il "management" deve essere focalizzato:

- sulla produttività delle strutture (indici di produttività reale);
- sulle tecniche quantitative (pianificazione, standards);
- sul processo produttivo (verifica sistematica dell'efficacia gestionale interna: ruolo tecnologia e flussi informativi);
- sulla cultura di servizio;
- sulle aspettative del personale (da collegare sempre più con gli obiettivi aziendali e con il prodotto/servizio atteso dall'utenza);
- sulle tecniche partecipative;
- sulla qualità.

Come assolvere a compiti così complessi in un contesto di risorse limitate è oggetto del vivace dibattito in corso. 

\* Direttore Dipartimento Dipendenze, ASL Varese. Comitato Scientifico nazionale Fe Der Ser D

# Depressione, disturbi affettivi e tossicodipendenza

*Roberto Cataldini\**

Esistono evidenze di una stretta correlazione tra disturbi psichiatrici e disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive: alcol, sostanze "da strada", sostanze "sociali", includendo anche altri comportamenti additivi specifici, come il gioco d'azzardo, che spesso in un singolo paziente si palesano in associazione o in successione.

In questa ampia dimensione clinica della comorbidità sia intraintraepidodica, intesa come contemporanea presenza, che longitudinale nei differenti periodi di vita dei pazienti, significativa appare nell'ambito dei disturbi psichiatrici la correlazione tra la depressione e i disturbi affettivi in genere con la dipendenza o l'abuso, senza tralasciare spesso la contemporanea coesistenza di diagnosi plurime riferibili a patologie organiche e infettive che facilmente connotano e complicano i quadri clinici di gran parte dei nostri pazienti.

Resta difficile stabilire in forme esaustive e descrivibili i rapporti esistenti tra queste due dimensioni cliniche e diagnostiche in termini di causalità e di predisposizione l'una rispetto all'altra: gli


*\* Psichiatra, Ser.T, Gallipoli, ASL Lecce 2, Direttivo nazionale Fe Der Ser D*

aspetti clinici di entrambe appaiono, per quanto differenti e a volte diversificabili, decisamente embricati e reciprocamente condizionanti.

Questa caratteristica offre non soltanto elementi di difficoltà nell'inquadramento diagnostico spesso volte sottostimato, confuso ed approssimativo, ma soprattutto condiziona la storia clinica di ogni singolo paziente in termini di gravità del decorso di malattia e di risposta ai trattamenti disponibili.

Una iniziale, apparentemente semplice e piatta, almeno sul piano diagnostico, tossicodipendenza spesso volte "si complica", evolve con manifestazioni comportamentali, affettive emotive, cognitive non semplicemente inquadrabili in criteri clinici diagnosticabili, ma sottosoglia, sfumate, offuscate dai meccanismi intrinseci della dipendenza.

La gestione del caso diviene "resistente", "non responder", "refrattaria" ai trattamenti specifici posti in essere per la dipendenza; si ripetono o accadono "ricadute"; intervengono episodi critici; manifesta o meno apparente reiterazione ostinata in atteggiamenti di negazione e di rifiuto o in accettazione di terapie ambulatoriali o anche residenziali a medio/lungo termine senza successivi e duraturi esiti a distanza di "guarigione".

Questo svolgersi delle storie cliniche, che copre spesso anni all'interno dei servizi territoriali, pone non semplici problemi di gestione dei casi da parte degli operatori, richiamando la necessità di un continuo sforzo di lettura e di inquadramento clinico, rimodulando l'intervento terapeutico globale, con il ricorso a terapie diversificate sia sul piano farmacologico, psicoterapeutico, psicosociale che nell'interrelazione con la rete territoriale, che dovranno necessariamente e contemporaneamente rispondere a criteri di specificità e pregnanza per la dipendenza e per il disturbo psichiatrico. 

# Tossicodipendenti genitori, minori e servizi: criticità gestionali e sviluppi metodologici

*Sandra Basti\**

I Servizi per le Dipendenze negli ultimi anni hanno sviluppato una riflessione su un dato epidemiologico relativo ai loro pazienti denso di interesse.

Secondo una stima condivisa dalla letteratura nazionale, il 15-20% dei tossicodipendenti sono genitori.

Questa scoperta ha reso visibili due aspetti sommersi nell'universo "sistema di cura del tossicodipendente", l'essere genitore e la condizione di vita dei suoi figli.

L'obiettivo della sessione è quello di mettere a fuoco, gli interrogativi e le criticità teoriche e gestionali successive a questa "scoperta". Le vie di accesso a questa consapevolezza sono state differenti ma tutte hanno portato a sviluppare un'attenzione multifocale alla problematica.

Un primo livello di complessità coinvolge l'aspetto clinico tradizionale della cura del tossicodipendente e trova espressione nelle seguenti domande:

- In che modo l'assunzione del ruolo di genitore e le componenti psicologiche ad esso connesse si possono intrecciare?
- Quali approcci teorici possono sostenere con più efficacia l'azione terapeutica?
- Quali competenze è necessario mettere in campo?

*\* Psicologa, psicoterapeuta, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Pavia*

Un secondo livello coinvolge la ricerca sui minori figli di tossicodipendenti.

Anche se la letteratura internazionale evidenzia gli aspetti di rischio per figli di adulti problematici, tuttavia sono poche le ricerche specifiche sulla nostra popolazione e tante le domande:

- Come stanno i figli dei tossicodipendenti?
- Cosa si conosce sugli adattamenti che essi sono portati a sviluppare se un genitore è tossicodipendente?
- Come accedono questi bambini alla cura?
- Quali interventi di prevenzione si possono pensare?


Un terzo livello coinvolge l'organizzazione dei servizi, tradizionalmente impostati come servizi per gli adulti e servizi per i minori.

Se è vero che i bisogni dell'adulto si differenziano da quelli del minore e viceversa, è anche vero che quando l'adulto è un genitore e il minore un figlio, esistono bisogni e necessità condivise che se disattese possono creare ulteriori situazioni di rischio per il benessere mentale di entrambi.

Quali risposte allora per le seguenti domande?

- Quando l'adulto con problemi è in cura presso un servizio chi si preoccupa di come sta il figlio?
- Quali livelli di coordinamento tra servizi per adulti e per minori sono auspicabili?
- Come possono i servizi rispondere alla complessità delle situazioni reali che spesso non coincidono con i loro confini organizzativi?

Nella sessione verranno problematizzati gli aspetti emersi dai tentativi di organizzare una presa in carico dei tossicodipendenti genitori, tenendo conto degli interrogativi precedenti, e per tracciarne una mappa di ricerca sviluppo.

Si riporteranno le riflessioni sull'esperienza di operatori dei Servizi per le Dipendenze che in maniera interdisciplinare e intraservizi lavorano da tempo su queste problematiche e le considerazioni di ricercatori esperti nel campo. 

In collaborazione con il Network Euridice, all'interno del Congresso di Fe Der Ser D, sono previste quattro sessioni che affrontano i temi delle nuove forme di dipendenza con particolare riguardo al mondo del lavoro.

Una dimensione spesso dimenticata nei progetti di prevenzione, ma significativa ed anzi fondamentale per cogliere realmente le tendenze dei consumi e dei possibili abusi, in particolare a livello giovanile.

## Nuovi lavori, nuove forme di dipendenza patologica

Giuseppe De Luca\*

L'evento ha una dimensione europea. Esso si inserisce nell'ambito del progetto Euridice-Europa come manifestazione di eccellenza e coincide con i lavori del Comitato Transnazionale di Coordinamento.

Di questo organismo fanno parte tutti i paesi dell'Unione Europea e le seguenti organizzazioni-chiave internazionali: Organizzazione Mondiale della Sanità, Organizzazione

\*Presidente Cooperativa Marcella

## Genetica, famiglia e aggressività

Gilberto Gerra\* e Amir Zaimovic\*\*

L'associazione tra assunzione di sostanze psicoattive e aggressività è stata ripetutamente osservata e costituisce una delle preoccupazioni sociali più significative rispetto al fenomeno delle droghe e dell'alcoolismo, nonché una problematica essenziale nei percorsi del trattamento.

La forte relazione tra alcoolismo e crimine violento (Murdoch *et al.*, 1990; Abel and Zeidenberg, 1985), tra abuso di alcool e violenza nei conflitti coniugali (Leonard *et al.*, 1985), o abuso fisico tra le mura domestiche (Bennett *et al.*, 1994), e l'incremento dell'aggressività in laboratorio umano ottenuto con l'esposizione all'alcool (Taylor and Chermack, 1993), documentano la capacità della sostanza di indurre cambiamenti importanti nel comportamento aggressivo.

Tra i soggetti di sesso maschile ammessi ad un programma terapeutico per la dipendenza da oppiacei, l'aggressività-ostilità è stata rilevata tra le dimensioni della personalità più rappresentate (Steer and Schut, 1981).

L'esposizione agli agonisti oppioidi sembra capace di aumentare l'aggressività nell'uomo (Cherek 1981), come dimostrato con la codeina (Spiga *et al.*, 1990) e con la morfina (Berman *et al.*, 1993). Il metadone riduce il comportamento criminale, verosimilmente in relazione alla riduzione della necessità di denaro per acquistare l'eroina, ma non sono ancora del tutto chiare le sue interferenze sul comportamento aggressivo (Gossop *et al.*, 2000). Nostri studi mostrano risposte più aggressive nei soggetti in metadone rispetto ai controlli (Gerra *et al.*, 2001), ma l'aggressi-

\* Responsabile Centro Studi Farmacodipendenze, Ser.T, AUSL Parma, Comitato Scientifico nazionale Fe Der Ser D

\*\* Centro Studi Farmacodipendenze, Ser.T, AUSL Parma

Internazionale del Lavoro, Consiglio d'Europa - Gruppo Pompidou, Confederazione Europea dei sindacati, Centro Europeo per il Monitoraggio della Tossicodipendenza.

L'iniziativa intende richiamare l'attenzione degli operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Tossicodipendenze, gli esperti e gli amministratori delle ASL, le autorità pubbliche ed il privato sociale sulle nuove forme di dipendenza patologica.

Sono previste sessioni con traduzione simultanea italiano-inglese-italiano.

### • Verso un modello personalizzato di prevenzione della dipendenza da sostanze nel mondo del lavoro

Viene proposta una riflessione su come il passaggio dal modello di prevenzione basato sugli esperti, a quello basato sugli operatori professionali, a quello basato sulla comunità stia approdando ad una visione più coerente della prevenzione che è racchiuso nel modello personalizzato.


### • Stress e comportamenti di dipendenza

Vengono presentati, confrontati e discussi dati di ricerche condotte in Italia ed in Europa.

Viene valutato l'impatto che lo stress ha sulla genesi dei comportamenti di dipendenza.

### • New economy e nuove forme di dipendenza

Viene focalizzata l'attenzione su come il mondo di internet può provocare distorsioni nel pensiero e nell'agire dei giovani e può portare a nuove forme di dipendenza patologica.

L'ultima sessione, sul gambling, è trattata a pag. 11. 

vità non pare essere correlata né alle dosi di metadone, né alla durata dell'esposizione agli oppiacei.

Al contrario, l'aggressività evidenziata nei consumatori di ecstasy dopo la sospensione della sostanza presenta una stretta relazione con il numero di esposizioni alle pastiglie (Gerra *et al.*, 2001), e sembra estinguersi a distanza di diversi mesi dall'interruzione dell'assunzione.

L'associazione tra uso di sostanze e aggressività può essere complessa e non limitata alla diretta azione del farmaco sul sistema nervoso, con la sua capacità di incrementare il comportamento aggressivo (Brain, 1986); le droghe e l'alcool, anche in dosi eccessive, non conducono invariabilmente al comportamento aggressivo, e l'aggressività può preesistere all'esposizione alle sostanze in alcuni soggetti (Kelly and Cherek, 1993).

Il comportamento aggressivo, espresso precocemente nella storia evolutiva del soggetto, appare predittivo dello sviluppo dei disturbi da uso di sostanze (Moffitt, 1993) ed elevati livelli di aggressività si associano comunemente all'esordio precoce dell'assunzione di sostanze e di alcool (Murdoch *et al.*, 1990; Dawkins, 1997).

Soggetti affetti da disturbo della condotta durante l'infanzia (Kellam *et al.*, 1980; 1982; 1983; 1989), i soggetti impulsivi (Miller, 1991), irritabili (Tarter *et al.*, 1991), e antisociali (Kofoid, 1986; Stabeneau, 1988) sembrano evolvere con maggior frequenza verso l'abuso di sostanze.

Un'elevata quota di aggressività, evidenziata in laboratorio umano, è stata documentata in soggetti astinenti con storia di uso di sostanze, a confronto con i controlli, ancora a dimostrare quanto il comportamento aggressivo possa non essere direttamente in relazione con l'assunzione della sostanza in sé, ma piuttosto con tratti stabili della personalità (Allen *et al.*, 1997; Gerra *et al.*, in press).

Studi di genetica e a carattere neurobiologico hanno mostrato una relazione stretta, e una notevole sovrapposizione, fra i correlati biologici della vulnerabilità per l'assunzione di sostanze e i markers neuroendocrini che caratterizzano il comportamento aggressivo e violento (Tiihonen *et al.*, 1999; Parsian, 1999; Virkkunen *et al.*, 1996).

I polimorfismi genetici che codificano in modo alterato per il promoter del transporter della serotonina (Hallikainen *et al.*, 1999; Sander *et al.*, 1998), per i livelli di sintesi delle monoamino-ossidasi (Schmidt *et al.*, 2000), per il transporter della dopamina (Tiihonen *et al.*, 1995), per il recettore D2 della dopamina (Comings and Blum, 2000) e per la triptofano idrossilasi (Manuck *et al.*, 1999) sono stati chiamati in causa, di volta in volta, sia in relazione al comportamento aggressivo, che a quello tossicomane.

Nostri studi, ancora non pubblicati, evidenziano un'elevata percentuale di soggetti con il polimorfismo che altera la funzione del transporter della serotonina in relazione con la dipendenza da oppiacei e nei soggetti con maggior propensione all'aggressività.

Elevati livelli basali di catecolamine paiono accompagnare l'aggressività nei preadolescenti sani (Gerra *et al.*, 1998).

Analogamente le risposte in catecolamine espresse durante un conflitto correlano con l'aggressività espressa in un setting sperimentale sia nei soggetti sani che nei figli adulti degli alcoolisti (Gerra *et al.*, 1997; Gerra *et al.*, 1999).

Da ultimo la valutazione contemporanea di tre sistemi monoaminergici, dopaminergico, serotoninergico e noradrenergico in eroinomani astinenti affetti da personalità antisociale ha mostrato connotazioni neuroendocrine che permettono di distinguere questi soggetti dai tossicodipendenti non aggressivi e senza comorbidità psichiatrica (Gerra *et al.*, in press).

La individuazione di un pattern genetico polifattoriale, con i conseguenti elementi neuroendocrini che predispongono al comportamento aggressivo e in contemporanea aumentano il rischio di sviluppare i disturbi da uso di sostanze, non significa che l'evoluzione della personalità non sia influenzata da aspetti ambientali: proprio il quadro familiare, relazionale e sociale, la dimensione affettiva e le eventuali difficoltà che coinvolgono il rapporto con i genitori hanno dimostrato la capacità di influenzare significativamente l'assetto neuroendocrino ed il comporta-

mento: bambini che hanno subito negligenza e abuso, soggetti esposti a stress traumatici, a una genitorialità inefficace o a un nucleo "caotico" hanno mostrato sensibili cambiamenti dell'assetto dei neurotrasmettitori e delle attitudini sociali, compresa la propensione al comportamento impulsivo e aggressivo (Galvin *et al.*, 1996; 1997; 2000; Kaufman and Charney, 2001; Bremne and Vermetten, 2001).

Un genitore coercitivo e anaffettivo sembra contribuire in modo significativo allo sviluppo dell'aggressività in forme patologiche durante la prima infanzia (Mc Fayden-Ketchum *et al.*, 1996); tale quadro andrà aggravandosi con forme esternalizzate nei soggetti di sesso maschile sino alla preadolescenza.

Quel che viene definito stile di controllo senza affetto sembra essere capace di aumentare in modo consistente il rischio del comportamento aggressivo e dell'abuso di sostanze, in particolare in soggetti con temperamento difficile (Sloboda and David, 1997).

Le difficoltà dell'attaccamento, con una difficile interazione madre-bambino appaiono a loro volta lasciare una impronta importante nel comportamento e nel controllo degli impulsi: una intesa problematica e insicura in questa fase così delicata dello sviluppo sembra produrre, entro i primi 36 mesi, una incapacità a rimandare la fruizione delle gratificazioni e di conseguenza un elevato livello di impulsività (Jacobsen *et al.*, 1997).

Il comportamento aggressivo e impulsivo, anche in questo caso, vede nella sua eziopatogenesi un'articolazione complessa di fattori: sarebbe proprio il temperamento del bambino, con le sue connotazioni stabili ed ereditarie, cioè modulate geneticamente, a rendere più o meno difficile l'attaccamento sicuro e organizzato con la madre.

A causa di un temperamento difficile espresso fin dai primi giorni il rapporto con la madre potrebbe essere inconsapevolmente compromesso. ✎

## Le terapie non convenzionali e le dipendenze

*Cosetta Greco\**

Sotto l'etichetta di Medicina Complementare si pongono molti e diversi approcci metodologici e terapeutici quali l'Auricoloterapia e lo Shiatzu derivati dalla Medicina Tradizionale Cinese, l'Omeopatia di Hanneman, l'Omotossicologia e la Fitoterapia, la Medicina Antroposofica di Steiner.

Essi costituiscono una parte di questo universo variegato ma unito dal filo rosso della concezione olistica della cura.

Infatti è nostra opinione che la fondamentale differenza tra la medicina allopatrica, occidentale e "l'altra" medicina non sia solo il tipo di sostanza o di "energia" usata, ma il considerare la malattia un "sintomo" che testimonia del disequilibrio di tutto il complesso sistema organismo uomo-ambiente.

La malattia può essere considerata anche la "soluzione" che, con il minore dispendio energetico, consente all'individuo di perseguire l'omeostasi dei due sistemi interdipendenti. La cura della malattia non può dunque consumarsi nella semplice soppressione del sintomo ma deve produrre una nuova modalità di

equilibrio energetico (s'intende mentale, somatico, ambientale, spirituale) più funzionale al benessere di quel particolare individuo in quel particolare ambiente.

Le metodologie e gli strumenti diagnostico terapeutici utilizzati seguono la logica di questo discorso e impongono la centralità della relazione medico operatore-paziente come fattore fondamentale di cura.

I soggetti che hanno una dipendenza da sostanze presentano numerose patologie correlate, sia somatiche che psichiche, che possono essere trattate attraverso le medicine complementari nell'ottica non solo della risoluzione del singolo sintomo o sindrome ma soprattutto del riequilibrio generale dell'individuo, il quale è aiutato quindi anche nella guarigione dei conflitti e alterazioni sistemiche che conducono alla ricerca degli effetti psicotropi.

Ormai le Medicine Complementari sono utilizzate in molti centri pubblici, in alcune regioni esistono ambulatori pubblici presso le Aziende Ospedaliere, come in Toscana.

In Lombardia è stata avviato uno Studio Osservazionale Regionale sulle Medicine Complementari, per cui sono stati presentati più di 50 progetti.

In molti Servizi per le Dipendenze si usa l'Auricoloterapia (Metodo NADA) per la disintossicazione da alcol, alcune droghe e nicotina.

Inoltre la Fitoterapia, l'Omeopatia e l'Omotossicologia, la Medicina Antroposofica e lo Shiatzu stanno dimostrando effetti interessanti, anche sul fronte costi/benefici. ✎

\* Responsabile Nucleo Operativo Alcolologia, ASL Milano 1

# Formazione, corsi di specializzazione: quale qualificazione per gli operatori delle dipendenze?

*Edoardo Cozzolino\** e *Antonio d'Amore\*\**

La nascita dei primi servizi pubblici orientati all'intervento sulle tossicodipendenze risale ormai a più di venti anni fa; una caratteristica particolare e, per certi versi, la sfida sottesa alla loro attività era la necessità di agire su un "territorio" inesplorato e quindi, per prima cosa, acquisire sia informazioni su di esso che capacità di descriverlo.

A quell'epoca non si sapeva nulla di statisticamente significativo su sesso, età, stato civile, livello di istruzione degli abusatori di sostanze; parimenti mancavano conoscenze approfondite e non aneddotiche sugli stili di vita, sui rituali di assunzione e di aggregazione, sulla prevalenza ed incidenza delle patologie correlate. Inoltre molte scoperte relative all'esistenza ed al funzionamento di strutture cerebrali che governano i meccanismi di ricompensa sono avvenute molti anni dopo l'inizio dell'attività in questo settore.

Anche sul versante della terapia si avevano poche conoscenze: esisteva già una consolidata esperienza americana sull'utilizzo del metadone cloridrato, ma non si potevano avere informazioni sull'efficacia di ciò che ancora non esisteva e cioè: un

\* *Direttore Ser.T Distretto 4, ASL Città di Milano*

\*\* *Responsabile Area Dipendenze, ASL Caserta 2, Direttivo nazionale Fer Der Ser D*

modello di intervento multimodale finalizzato ad "avere cura" della complessità del paziente.

Il lavoro quotidiano ed anche quello di ricerca scientifica, che ha degli illustri rappresentanti tra le nostre fila, hanno consentito di sviluppare un sapere all'interno dei Servizi sempre più raffinato, specifico, specialistico.

L'area di attività si è gradualmente configurata con un'identità e una dignità sue proprie cancellando quell'alone di "lavoro sporco di altre discipline" (Medicina Interna? Psichiatria?) che inizialmente caratterizzava lo sguardo con cui si guardava al settore anche da parte degli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo sviluppo del Sistema e le necessità di formazione hanno trovato risposte, sempre più significative ed efficaci, proprio all'interno dei Servizi che hanno organizzato numerosissimi seminari, convegni e congressi nonché, con efficaci collaborazioni da parte di varie Università, Corsi di Perfezionamento post universitari.

La nascita dei Dipartimenti e il riconoscimento della grande complessità del Sistema e dell'intervento realizzato, sia sul piano clinico che organizzativo, sono gli ultimi aspetti di una crescita continua.

Le eccellenti collaborazioni con alcune Università per i Corsi di Perfezionamento, nonché il successo di questi ultimi, fanno ritenere che la loro logica evoluzione sia verso veri e propri Master di formazione, come in pochissime realtà sta avvenendo.

Ma assai più rilevante, per quanto finora esposto, appare considerare l'opportunità di inserire in modo stabile l'insegnamento di Clinica delle Dipendenze nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e in Psicologia.

Si rende inoltre indispensabile portare a buon fine il riconoscimento di una Disciplina specifica per il nostro settore ma anche, all'interno delle varie Università, avviare Corsi di perfezionamento post Laurea per tutte le figure professionali (infermieri professionali, assistenti sociali, educatori professionali, pedagogisti, sociologi) operanti all'interno dei Ser.T. 📧

# Tabagismo, dimensioni del problema e aspetti terapeutici

*Biagio Tighino\**

La dimensione del problema fumo in Italia è tale da non rendere possibile una dilazione di un intervento massivo ed efficace. A seconda delle fonti (ISTAT, DOXA) si ottiene il dato che dal 24 al 26,6% della popolazione fuma e, in particolare, sono di più gli uomini ad essere dipendenti dal tabacco, rispetto alle donne. Secondo i dati DOXA sarebbero in diminuzione i giovani fumatori compresi in una fascia di età tra i 15 e i 24 anni (i maschi sono passati nel 2001 rispetto all'anno precedente dal 37,6% al 31,2%; le femmine dal 30,4% al 26,9%). Nonostante il trend confortante, però, la percentuale di fumatori giovani rimane molto alta (quasi un giovane su tre).

Il fumo resta dunque la prima causa di morte evitabile nei paesi occidentali, sicuramente più di AIDS, incidenti stradali, suicidi, abuso di alcol, droghe, incendio ed omicidi presi tutti insieme. Accanto a queste osservazioni epidemiologiche va tenuta in conto la difficoltà degli operatori a curare i tabagisti che vogliono smettere e delle istituzioni a far fronte alle pressioni pubblicitarie e sociali che inducono gli adolescenti a fumare.

\* *Centro per la Diagnosi e la Terapia del Tabagismo, Servizio Dipendenze ASL Milano 3 - Monza; Consulta nazionale per la lotta al Tabagismo; Commissione per la prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia*

Per queste caratteristiche il fumo di sigaretta può essere sicuramente definito una dipendenza, la prima dipendenza in termini di incidenza e di patologie correlate.

Altri fattori, di tipo neurochimico e comportamentale, avvalorano questa collocazione.

Il fumatore che prova a smettere si trova davanti ad una brusca caduta del tasso nicotinamico, cosa che gli provoca una crisi di astinenza chiara e oggettivabile, per esempio attraverso il test di Fagerstrom.

I sintomi più comuni sono costituiti da insonnia, irritabilità, ansia, depressione, cefalea.

È ormai noto che la nicotina modifica l'attività del sistema dopaminergico mesocorticolimbico, come l'amfetamina, la cocaina, l'eroina e altri stimoli piacevoli, quali il cibo e l'attività sessuale, attraverso un intervento sulla dopamina e sulla noradrenalina.

La nicotina, sia pur per breve tempo, offre al paziente delle sensazioni piacevoli ed ha effetto psicotropo, per esempio migliorando i tempi di reazione, elevando le prestazioni psicofisiche e la capacità di attenzione.

Dall'altra parte viene descritta in letteratura la tendenza dei fumatori a considerare le sigarette come una sorta di autoterapia per espressioni piccole e grandi di disagio, situazioni di comorbidità, quali la depressione, i disturbi del comportamento alimentare, l'abuso di alcol, insomma altre dipendenze o disturbi in cui l'atteggiamento compulsivo sostenga un ruolo importante. Forse proprio per questa ultima osservazione si è oggi osservata una elevata efficacia di farmaci, come il bupropione cloridrato, che intervengono sul sistema mesocorticolimbico ed hanno prevalentemente una funzione antidepressiva.

Proprio grazie ad una collocazione del tabagismo nell'ambito delle dipendenze, si è negli ultimi anni costruito un consenso



sull'utilizzo di interventi integrati, che prevedano la collaborazione e l'interazione di figure psicosociali e di figure sanitarie nei trattamenti di disassuefazione.

Per fare un esempio dell'efficacia degli interventi del medico di base, si rileva che la percentuale di fumatori che smettono (testati a 6 mesi) è del 2% se il medico comunica al paziente che è utile smettere (colloquio di 3 minuti, "minimal advice").

Lo stesso metodo produce il 6% di risultati se supportato da NRT (Nicotine Replacement Therapy).

Se il supporto diventa intensivo e comporta l'uso di NRT si passa ad una efficacia dell'8%-15%.

Uno studio di metanalisi effettuato su 39 trials controllati giungeva ad individuare le seguenti principali variabili predittive di efficacia:

1. Il numero di contatti tra terapeuta e paziente.
2. Il numero di mesi di intervento.

3. L'integrazione degli interventi (medici più psicologici meglio che uno solo di essi).

4. Uso di NRT.

Questi dati sono importanti al fine di avvalorare un approccio multidisciplinare nel trattamento dei tabagisti, come quello sperimentato presso il Centro Antifumo di Monza, con metodologia molto simile a quella utilizzata nel trattamento di altre dipendenze nei Ser.T, basata sul supporto motivazionale, una valutazione multidisciplinare (che preveda almeno la visita medica, il colloquio psicologico, la somministrazione del test di Fagerstrom e la misurazione del Co espirato), la identificazione di un programma terapeutico integrato (individuale o di gruppo), un percorso di follow-up che abbia anche la valenza di "richiamo" e "sostegno" per il mantenimento. 📝

## Psicoterapie e trattamenti di gruppo

*Biagio Sanfilippo\** e *Walter Mascetti\*\**

Oggi più che in passato i disturbi da uso di sostanze, sia per quanto concerne l'abuso che la dipendenza, presentano una condizione estremamente complessa, dove un insieme di fattori fisici, psichici, sociali e culturali contribuiscono al suo sviluppo e al suo mantenimento e che, proprio per questo, necessita di risposte terapeutiche complesse, diversificate e fra loro integrate. In questi ultimi anni gli operatori dei servizi hanno potuto disporre di una consolidata esperienza clinica e di nuove e importanti acquisizioni scientifiche nei vari ambiti di intervento, eppure, non disponiamo ancora di procedure metodologiche, sia in campo diagnostico che terapeutico, razionali e accreditate.

I motivi di questo ingiustificabile ritardo sono molteplici e per quanto ci riguarda devono essere ricercate tra le difficoltà specifiche che caratterizzano il lavoro dei servizi che si occupano di aiuto alle persone; tali difficoltà possono essere riassunte utilizzando una griglia tridimensionale capace di fornirci una chiave interpretativa.

Facciamo riferimento, in prima istanza, ad un aspetto metodologico paradigmatico riferibile a quali debbano essere le conoscenze e le competenze di ogni operatore del settore e quali scelte egli deve compiere nel rapporto con l'utente per comprendere e soddisfare il suo bisogno (dimensione tecnologica/relativa al sapere); in seconda istanza, alla dimensione strategica che concerne la posizione che il singolo servizio occupa nell'universo dei servizi operanti nel territorio e infine la dimensione organizzativa che riguarda la rete di rapporti tra gli operatori e il lavoro di coordinamento.

Da queste aree che possiamo definire di "incertezza", per una loro intrinseca dinamicità, molto sinteticamente si rilevano alcune delle difficoltà dei Ser.D, utili come stimolo di riflessione e approfondimento; ne elenchiamo alcune:

- I rapidi cambiamenti negli stili di consumo e l'ampia disponibilità sul mercato di sostanze stimolanti e psicomotriche mettono a dura prova l'operatività e l'attuale organizzazione delle unità d'offerta pubbliche e private.
- L'alta incidenza di manifestazioni psicopatologiche, se opportunamente trattate, richiedono, per la loro severità, l'investimento di notevoli risorse professionali, non sempre disponibili nell'attuale organizzazione dei servizi.

- L'affermarsi di un atteggiamento culturale ambivalente nei confronti della diffusione delle sostanze d'abuso; nello specifico assistiamo a un crescente bisogno sociale di "normalità" che viene soddisfatto ricorrendo a meccanismi di negazione o attraverso un particolare atteggiamento che possiamo definire "falso consenso" (così fan tutti) da una parte, dall'altra sopravvive il dibattito, dogmatico e ideologico, che mira a legittimare una opzione terapeutica su un'altra, reiterando lo stereotipo della caccia alla soluzione miracolistica.
- Infine, va ricordato il riaffiorare di una sfumata conflittualità tra le diverse figure professionali; lo sviluppo delle neuroscienze e della neuropsicofarmacologia, che di fatto ha ampliato la disponibilità di strumenti terapeutici a disposizione degli operatori, ha finito col medicalizzare l'ambito di intervento. Il rischio ancora una volta è che gli operatori, tutti, considerino questi nuovi strumenti come risposte "totalizzanti", risolutive, con conseguente caduta della qualità dell'intervento.

In questo scenario si situa il discorso sulle psicoterapie, sulla loro validità ed efficacia, oppure, sempre con l'ausilio delle evidenze cliniche, il poterle ritenere inutili o addirittura dannose; in ogni caso occorrerà riconsiderare il ruolo degli psicoterapeuti all'interno dei servizi.

In effetti, anche se il principio che il disturbo di dipendenza è multifattoriale nella genesi e multidimensionale nella fenomenologia è ampiamente assunto, l'operare pratico risulta essere condizionato fortemente da modelli di riferimento più specifici, dall'attenzione e dall'importanza che vengono date a un fattore piuttosto che a un altro, dal contesto in cui l'intervento si colloca, dalla tipologia di pazienti e dalla fase specifica del processo terapeutico/riabilitativo.

L'impressione che se ne trae è quella dell'esistenza di numerose esperienze d'intervento psicoterapeutico e di trattamenti di gruppo che si differenziano notevolmente l'uno dall'altro e che compongono un panorama ampio e complesso.

Ciò pone alcuni interrogativi di natura teorica, clinica e organizzativo-gestionale.

Il primo riguarda la "teoria dell'intervento".

Ci si deve interrogare se è ancora sufficiente e corretto parlare di psicoterapia e di trattamenti di gruppo oppure sarebbe più opportuno specificare i riferimenti teorici e i modelli esplicativi che orientano l'intervento nelle sue varie fasi e verso chi è diretto: al paziente, alla famiglia, ad altri operatori, ecc.

Una pubblicazione del National Institute on Drug Abuse del giugno del 2000 riporta le principali strategie di counseling nei confronti di disturbi di dipendenza ed esplicita con un linguaggio chiaro ed accessibile il "rationale teorico" che orienta l'intervento, le similitudini e le differenze con altri approcci, il "setting", le caratteristiche del trattamento e del trainer, la relazione che si intende instaurare col cliente, il target della popolazione

\* Psicologo-psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze, ASL Milano 3

\*\* Psicologo-psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze, ASL Como

a cui ci si rivolge, la modalità e i contenuti delle singole sessioni e infine, la compatibilità con altri tipi di trattamento.

Lo "stato dell'arte" in Italia sembra ancora molto lontano dal raggiungere una simile sistematizzazione.

Non di meno sarebbe estremamente utile per gli addetti ai lavori dichiarare, e per i loro clienti sapere, in modo chiaro ed esplicito quali siano i presupposti fondamentali che orientano l'intervento, gli obiettivi, le strategie d'intervento, i fattori di cambiamento, le regole, i tempi e i vantaggi e gli svantaggi di intraprendere una psicoterapia di gruppo piuttosto che una individuale.

Questo sforzo appare ancora più necessario viste le profonde trasformazioni che stanno avvenendo nell'ambito del sistema d'intervento sulle dipendenze in cui l'aspetto della "qualità" e quello dell'"efficacia" assumono sempre più rilevanza.

Il secondo riguarda la "specificità dell'intervento".

Ci si deve chiedere se esiste una specificità della psicoterapia e del trattamento di gruppo rispetto ai disturbi d'abuso e di dipendenza e, all'interno di questi, se esistono e quali sono più efficaci per le diverse tipologie di clienti e/o in particolari momenti del processo terapeutico.

Ricordiamo che storicamente i trattamenti di gruppo si sono sviluppati a partire dagli anni settanta negli Stati Uniti di fronte alla generale constatazione dei limiti dei trattamenti individuali e, nel caso specifico degli eroinodipendenti, come integrazione e supporto ai trattamenti sostitutivi con metadone.

Parallelamente vi è stato un diffondersi di gruppi a impronta educativa o gruppi di chiara matrice psicodinamica che mutuano modelli e approcci da altri ambiti di intervento.

Fanno eccezione a questo panorama i gruppi di "prevenzione della ricaduta" che nascono specificamente come interventi volti, appunto, a prevenire la ricaduta in soggetti con disturbi d'abuso e dipendenza da alcol in fase di astensione.

Il terzo riguarda l'efficienza dell'intervento, intesa come valutazione "costi-benefici" dei trattamenti di gruppo rispetto ai trattamenti individuali.

Partendo dal presupposto che esistono nell'ambito delle dipendenze trattamenti psicoterapici validi ed efficaci, ci si deve chiedere se il trattamento di gruppo, che ha costi inferiori e richiede minori risorse, sia altrettanto efficace e valido.

Se può considerarsi esaustivo o sostitutivo di un trattamento individuale o se va inserito in un progetto globale di terapia integrata fra i due.

Va inoltre data una particolare considerazione all'esistenza di una rete diffusa di gruppi di auto-aiuto che pone il quesito di quale rapporto ci debba essere fra il loro intervento e quello professionale.

Infine, per concludere, in riferimento alla opportunità di riconsiderare il ruolo dello psicoterapeuta nei campi di competenza dei Ser.D, riportiamo una parte del comma due dei Fondamenti Etico-Deontologici degli Operatori dei Servizi Pubblici, stilato a cura della Consulta delle Società Scientifiche e Professionali operanti nel campo delle dipendenze patologiche: "... porre la relazione interpersonale alla base di ogni intervento, sia esso farmacologico, riabilitativo, psicoeducazionale, pedagogico o di altro tipo, mantenendo costante il livello della propria professionalità...".

## La valutazione

*Ernesto Gola\**

La fase della evoluzione del sistema di intervento sulle Dipendenze nella quale ci troviamo, caratterizzata dalla acquisizione, anche a livello normativo, della imprescindibilità del collegamento in rete dei diversi soggetti, pubblici e privati, che intervengono sulle dipendenze, nell'ambito di una struttura dipartimentale alla quale è demandata la funzione di programmazione e di verifica degli interventi utili ed opportuni per i territori di competenza, richiede che gli attori del sistema si pongano, con rinnovato interesse ed impegno, il problema della valutazione degli interventi.

Tutti i soggetti coinvolti nella gestione del sistema dovranno confrontarsi infatti con la necessità di definire od acquisire le caratteristiche della buona pratica delle diverse prestazioni necessarie alla realizzazione degli interventi ed attenersi ad esse nella pratica quotidiana.

Diverrà sempre meno differibile l'esigenza di confrontarsi con l'efficacia degli interventi messi in atto, nell'ottica di una pratica basata sull'evidenza.

La necessità di confrontarsi con la dimensione economica degli interventi, anche a fronte della concorrenzialità fra i soggetti che partecipano al funzionamento di un sistema misto, nel quale vengono progressivamente meno monopoli e rendite di posizione, pone il problema della efficienza degli interventi e delle modalità di misurazione della medesima unitamente alla dimensione della qualità.

Infine, dovranno essere esplorate le dimensioni della valutazione del piano complessivo degli interventi erogati in uno specifico territorio, interrogandoci su quali siano le opportune modalità di individuazione dei bisogni del territorio sul e con il quale ci si proporrà di intervenire e sulle modalità di rilevazione del soddisfacimento o meno del bisogno di salute espresso dal territorio nel nostro ambito di intervento.

Il processo di implementazione di un sistema valutativo che tenga conto delle dimensioni sopra indicate richiede che le metodologie e gli indicatori di processo e di risultato siano il più possibile condivisi fra gli attori del sistema che essi, indipendentemente dalla loro natura giuridica, vengono a costituire, partendo da quanto scientificamente acquisito a livello nazionale ed internazionale.

Ciò anche in funzione della confrontabilità dei dati acquisiti, premessa per un sapere condiviso che contribuisca a fondare la solidità del sistema di intervento sulle dipendenze nel nostro paese.

È pertanto importante incoraggiare la conoscenza e la valorizzazione di quanto è già stato studiato e validato.

È necessario prendere atto del fatto che tutto il mondo si confronta col problema delle dipendenze e che in ambito scientifico si può imparare rivolgendosi alla letteratura internazionale sull'argomento.

Accanto a ciò è importante promuovere il confronto sulle metodologie ed i risultati degli interventi attuati attraverso pubblicazioni o comunicazioni a congressi e convegni scientificamente accreditati, superando in tal modo il localismo e la talvolta correlata autoreferenzialità che rappresenta uno dei principali ostacoli da superare perché i diversi attori degli interventi sulle dipendenze nel nostro paese vengano a costituire realmente un sistema integrato di intervento.

\* Direttore Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 1

# Il gioco d'azzardo patologico

## Analisi di un problema crescente, dalle risposte istituzionali alle ipotesi di intervento

*Daniela Capitanucci\** e *Mauro Croce\*\**

Per poter essere definito "d'azzardo" un gioco deve avere tre caratteristiche.

In esso il giocatore mette in gioco una posta che consiste in denaro o in un oggetto di valore.

Questa posta, una volta messa in palio, non può più essere ritirata. Infine, l'esito del gioco è basato sul caso (il che comporta necessariamente l'aleatorietà dell'intera situazione e l'impossibilità di controllare o prevedere il risultato).

Se il gioco costituisce una attività sociale estremamente diffusa e per la maggior parte delle persone priva di problematicità, d'altro canto almeno nel 3% delle persone adulte si evidenziano anche episodi di vera e propria dipendenza o "escalation" da gioco, con conseguenze spesso drammatiche.

Consideriamo di seguito alcuni spunti di riflessione sul fenomeno.

### 1) Rapporto tra spesa e offerta: un trend crescente

I dati relativi alle "spese per giochi d'azzardo legali" da parte degli italiani indicano un forte e crescente "consumo di giochi" negli ultimi dieci anni: nel 1999 sono stati spesi ben 17.600 milioni di euro (con un incremento del 284% rispetto a quanto speso nel 1989).

Nel 2000 si è evidenziata una flessione nel denaro speso in gioco d'azzardo, ma va considerato che questo dato è assai impreciso relativamente ai videopoker ed è del tutto carente di informazioni sul gioco on-line.

Parallelamente assistiamo ad una estrema vivacità del mercato dei "giochi d'azzardo" in Italia, ad un proliferare di proposte che vanno verso una maggiore liberalizzazione o quantomeno verso una maggiore diffusione di forme di gioco legalizzato e di proposte di nuovi giochi (sempre più a "bassa soglia", rivolti ad un target popolare, sempre più distante dallo stereotipo target dei casinò).

### 2) Quale posizione assumere?

Se una posizione di tipo rigidamente proibizionista riguardo ad ogni forma di gioco appare improponibile, è anche vero che risulta necessario considerare le diverse forme di gioco, le diverse potenzialità di rischio che presentano, e promuovere studi che meglio aiutino a comprendere, monitorare, prevenire e ridurre i danni dell'impatto sociale dei diversi giochi.

Ciò va fatto a vari livelli simultanei, che necessariamente si integrino ed intreccino tra loro.

### 3) La costruzione di un sistema socio-sanitario nella dipendenza da gioco: i passaggi fondamentali

#### • Ricerca ed osservatorio

Si rende importante conoscere in primo luogo quale sia lo stato dell'arte riguardo all'epidemiologia, alla letteratura, alle risposte presenti su scala nazionale, al confronto dei dati clinici ed epidemiologici ed i modelli d'intervento maggiormente diffusi ed "evidence based" nella letteratura internazionale.

#### • Prevenzione

È necessario quindi prevedere progetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

I primi rivolti a creare una cultura del gioco d'azzardo in un paese come il nostro dove essa è quasi del tutto assente, che si

\* *Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese, Coordinatore GAS-Gruppo Azzardo Sovrazonale Regione Lombardia per lo studio e la ricerca sul Gioco d'Azzardo*

\*\* *Psicologo Psicoterapeuta, Ser.T Verbania, Resp. Educazione Sanitaria ASL 14*

affaccia a questa attività dopo anni di limitazione, diritto commerciale esclusivo e disinformazione, ancora oggi con ambiguità e scarsa chiarezza, allo scopo di far conoscere anzitempo anche i rischi di una attività altrimenti proposta come solo "ricreativa". I secondi relativi alla prevenzione specifica nei luoghi dove la patologia si può più frequentemente incontrare (e cioè nei luoghi di gioco), anche mediante la predisposizione di iniziative idonee quali formazione del personale addetto, allo scopo di renderlo attento a cogliere le derivanti problematiche ed intervenire di conseguenza, eventualmente coadiuvato da professionisti, materiale informativo ad hoc e misure di contenimento per giocatori in difficoltà che prevedano la limitazione alle possibilità di accesso. I terzi interventi di tipo strettamente terapeutico e di riduzione del danno.

#### • Quadro normativo

Non ci dilungheremo su questo aspetto cruciale.

Ci limitiamo a segnalare l'assoluta necessità di promuovere iniziative legislative che disciplinino la questione in tutti i suoi aspetti, anche prendendo spunto da legislazioni europee già consolidate ed in vigore, quali ad esempio quella olandese o quella elvetica.

#### • Sistema dei servizi e risposte terapeutiche

Sempre più "persone con problemi di gioco" o loro familiari chiedono aiuto a servizi, associazioni di volontariato o professionisti. I servizi che maggiormente si sono trovati di fronte a richieste di questo tipo sono stati i Ser.T, probabilmente perché tale problema presenta evidenti similitudini, sovrapposizioni e non raramente migrazioni con altre forme di dipendenza ed abuso di sostanze e perché essi costituiscono un servizio capillarmente diffuso nel territorio costituito da professionisti di diverse discipline con esperienza di trattamento delle dipendenze.

Per quanto riguarda dunque il fronte delle risposte ai giocatori patologici, se va rilevato positivamente il fatto che alcuni Ser.T abbiano già in atto o stiano attrezzandosi nell'attuare forme di intervento e di aiuto, va anche notato che ancora oggi spesso tale offerta è diffusa a macchia di leopardo sul territorio nazionale.

Sarebbe dunque necessario conoscere, confrontare e promuovere nuove esperienze su scala nazionale per organizzare al meglio il tipo di risposta.

Va rilevato tuttavia come le iniziative di risposta siano state sino ad ora caratterizzate prevalentemente in termini volontaristici e basate sull'interesse professionale da parte di singoli o gruppi di operatori piuttosto che organizzate a livello istituzionale.

L'importante riconoscimento ufficiale del gioco d'azzardo patologico come sfera di interesse e di risposta clinica da parte dei Ser.T è arrivato infatti solo con la pubblicazione del decreto 14.6.02 (G.U. del 25.6.02, p. 44), decreto che peraltro apre anche grossi problemi su piani sostanziali.

#### • Formazione

Affrontare il tema del gioco d'azzardo, oltre a richiedere certamente anche dei riadeguamenti organizzativi che considerino le specificità che tale forma di abuso-dipendenza-compulsività presenta, comporterà che gli operatori acquisiscano le competenze necessarie alla diagnosi e cura della stessa.

Bisognerà dunque promuovere interventi di formazione mirati che consentano un confronto riguardo le possibilità di intervento da parte dei Ser.T, e che comprendano tra l'altro le competenze legislative, le articolazioni funzionali, e soprattutto la riorganizzazione degli stessi in modo da trattare adeguatamente tale patologia.

#### • Costruzione delle reti territoriali

Ultimo obiettivo necessario ad implementare un sistema socio-sanitario relativo alla dipendenza da gioco d'azzardo è la costruzione della rete territoriale di supporto al giocatore e al suo familiare (le interazioni con altri servizi ed iniziative di volontariato, gruppi di auto aiuto, gestori di gioco, associazioni anti-usura, organi giudiziari, ecc.) allo scopo di formulare "piani di zona" che consentano di attuare una politica di "gioco responsabile", ciascuno con le proprie specificità e competenze. 📌

# L'automatizzazione nei Ser.T: quale relazione con la relazione?

Marcellina Bianco\*

Questa riflessione partendo dalla domanda: "È paradossale pensare ad un miglioramento sia della qualità della relazione infermiere-utente, che dell'attività lavorativa, in una Somministrazione Metadonica, quando è installato un sistema di dosaggio informatizzato?".

Cercherà di dimostrare quanto questo sia fattibile.

Per prima cosa è importante evidenziare il ruolo professionale dell'infermiere d'oggi che sa cosa deve fare, quando deve fare e perché deve fare, attraverso:

1. l'identificazione dei bisogni della persona e della collettività;
2. la formulazione d'obiettivi specifici;
3. la pianificazione, gestione e valutazione degli interventi.

Va ricordato che l'osservazione è filtrata dalla conoscenza, dalla competenza, dall'esperienza e dall'intuito per evitare che possa-

\* *Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere. Ser.T ASL 4 Torino*

no essere tralasciati elementi fondamentali per una diagnosi. Perché parlare di diagnosi quando si riflette sul lavoro dell'Infermiere?

Perché mentre la diagnosi medica si rivolge alla malattia, la diagnosi infermieristica invece guarda ai problemi assistenziali dell'utente.

Nel 1990 la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ha definito la diagnosi infermieristica come: "un giudizio clinico sulle reazioni ai problemi di salute presenti o potenziali, ai processi di vita di una persona, di una famiglia o di una collettività. La diagnosi infermieristica serve come base di scelta degli interventi assistenziali per ottenere risultati positivi di cui l'infermiere è responsabile".

La valutazione diventa un momento fondamentale per definire la qualità, cioè si stima quanto i risultati ottenuti coincidano o si distacchino dai risultati ideali precedentemente fissati.

Dopo questa premessa diventa naturale parlare dell'importanza di una relazione di aiuto adeguata tra infermiere ed utente che racchiude in sé una valenza terapeutica.

Ma è possibile tutto questo all'interno di una Somministrazione Metadonica?

Partendo dall'analisi dei dati raccolti attraverso due questionari distribuiti ad Infermieri Professionali operanti in servizi con e senza automatizzazione attiva, nella sessione si cercherà di evidenziare ciò che sta attualmente accadendo per poi descrivere una "somministrazione metadonica tipo" realmente integrata con il Ser.T. 📧

# Uno sguardo introduttivo per la valorizzazione dei concetti di managerialità e qualità dei servizi

Pietro D'Egidio\*

La qualità dei servizi è molto aumentata negli ultimi 15 anni, e con essa la efficacia delle cure.

Gli ambulatori per le tossicodipendenze delle ASL cominceranno a lavorare in tandem con i Centri Medici e di Assistenza Sociale dei Comuni con un personale molto poco preparato e spesso anche poco motivato.

Non esisteva un dottrinale scientifico di riferimento, la materia, tranne poche eccezioni, non veniva trattata nei corsi di studi universitari, non esisteva un riferimento legislativo per l'inquadramento del personale.

Questi ambulatori a volte erano appendici del pronto soccorso, altre volte della tutela sociale, in molti periodi l'unico punto di accesso alle assunzioni (anche allora c'erano i blocchi delle assunzioni).

Ricordo un collega che ripeteva a se stesso e agli altri: "ma cosa c'entra un medico con i tossicodipendenti!"; ricordo un paziente che in un servizio si mise un camice bianco e "gli altri pazienti" non si accorsero che era un impostore.

Ricorderete anche voi i programmi sostitutivi "a scalare" e i conseguenti, ineluttabili fallimenti della "disintossicazione", i dosaggi massimi di metadone di 40 mg; e i servizi che prendevano in cura "38 pazienti" e non di più.

Adesso ci sono più di 500 Ser.T, più di 1.000 comunità, più di 100.000 pazienti in cura; al metadone si è aggiunta la buprenorfina che appare ancora non sufficientemente valorizzata per le sue potenzialità.

Si studia e si lavora avendo come punti di riferimento, che si promuovono e si valorizzano, la epidemiologia, la medicina basata

\* *Direttore Ser.T, ASL Pescara, Direttivo nazionale Fe Der Ser D*

sulle evidenze, la valutazione, l'approccio terapeutico integrato, la prevenzione.

Si cura e ci si prende cura dei nostri pazienti cercando di considerare tutti gli aspetti principali spessissimo correlati alla dipendenza: le malattie infettive (siamo riusciti a porre un argine alla diffusione dell'HIV), le MST, le patologie psichiatriche.

Si implementano processi di lavoro dentro i nostri servizi, pubblici e privati, che valorizzano la responsabilità e l'impegno professionale di ciascun operatore, e la informatizzazione delle attività per una corretta raccolta almeno dei dati minimi essenziali per monitorare il fenomeno.

Ci rendiamo conto, insomma, che il nostro è un lavoro che richiede, per essere svolto con la migliore efficacia, una capacità professionale di alta specializzazione.

È finito il tempo in cui la rappresentazione sociale del nostro lavoro ci confinava in "serie B", questo almeno nella nostra serena consapevolezza.

Oggi per essere un operatore professionale all'altezza del compito nei nostri servizi è necessario, oltre che esprimere in alto grado le competenze specifiche della propria professionalità, saper costruire una relazione efficace con le numerose, altre professionalità dei servizi e con la rete del territorio, saper valutare le possibilità operative offerte dalle risorse che il SSN può mettere a disposizione, saper finalizzare in maniera pragmatica la formazione e la autoformazione.

È necessario anche saper lavorare senza lasciarsi distogliere (e disturbare) dalle diatribe ideologiche che spesso si focalizzano sulle tossicodipendenze, ma è necessario saper intervenire nei modi e nei tempi opportuni per contrastare lo stigma sociale di rifiuto nei confronti del tossicodipendente: se è vero che la tossicodipendenza è un problema sociale e culturale è altrettanto vero che il tossicodipendente è anche un malato e che le cure sono efficaci.

Molti sono i campi specifici, nel nostro settore, in cui ciascuno può scegliere di cimentarsi per un approfondimento ed una specializzazione professionale.

La grande trasformazione a cui assistiamo delle condotte tossicomane richiede un monitoraggio epidemiologico delle stesse come presupposto per una calibrazione costante delle offerte di servizio che le nostre strutture offrono ai pazienti e al territorio.

La riorganizzazione in atto del SSN richiede sempre di più la valutazione del nostro lavoro anche in termini di rapporti costo/efficacia e costo/benefici.

La necessità del monitoraggio delle attività e dei processi di valutazione richiedono la implementazione della informatizzazione dei nostri servizi e la realizzazione di software di gestione delle attività che siano "rispettosi" delle specificità operative di ciascun servizio, che non interferiscano nella gestione del rapporto operatore/paziente, che facciano risparmiare tempo per non sottrarlo ai pazienti, che permettano di aggregare i dati, nel rispetto della privacy, partendo da una codifica condivisa dei campi e da una raccolta almeno di una serie di dati minimi irrinunciabili.

L'invasione delle droghe eccitanti ha aumentato l'incidenza delle patologie psichiatriche correlate le quali debbono essere trattate e non trascurate, pena uno scadimento sostanziale della efficacia delle nostre cure.

Anche le Università cominciano, con fatica, ad approfondire le tematiche correlate alla tossicodipendenza: qui c'è un problema di "accesso" e di "competenza", qualche volta il problema di riuscire a vincere delle "resistenze".

Nel nostro congresso si vuole riflettere su ciò che è necessario promuovere e fare per elevare la qualità dei nostri servizi (dei Ser.T, delle comunità terapeutiche, dei servizi di alcologia), sul

ruolo di ciascun operatore che è anche sicuramente responsabile della qualità complessiva del servizio in cui opera e della capacità di valorizzare le risorse complessive del territorio in una utile collaborazione con le altre strutture presenti.

Ciascuno potrà contribuire allo sviluppo di idee e di percorsi utili per i gruppi e per i singoli operatori e concorrere a delineare meglio i contorni di quella "managerialità" che sempre più spesso viene indicata come strumento per permetterci di migliorare la nostra capacità di curare e di prenderci cura dei nostri pazienti.

Una managerialità che già adesso non ci vede secondi a nessuno all'interno delle strutture delle ASL in quanto le caratteristiche specifiche dei nostri servizi, per la gestione di gruppi fortemente multidisciplinari, per l'impegno a gestire rapporti con una ricca rete territoriale, per la partecipazione a progetti e per la gestione autonoma di risorse economiche che principalmente vengono dalla L. 309/90, già da anni richiedono agli operatori dei servizi una "forma mentis" orientata a criteri pragmatici per una gestione efficiente dei servizi e delle comunità. Una esperienza di lavoro che ci permette di apprezzare e valorizzare i criteri di managerialità come una risorsa aggiuntiva da ulteriormente arricchire. ☞

## Concetti chiave per la gestione manageriale e la qualità del sistema dei servizi per le dipendenze patologiche

*Raffaella Olandese\**

Il Sistema dei Servizi nell'area delle Dipendenze o meglio del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, delineato dalla normativa vigente, è un sistema sempre più complesso e aperto dove la compartecipazione di enti pubblici e del privato sociale di un territorio al perseguimento dell'obiettivo comune di contrasto delle problematiche di dipendenza, rende indispensabile un assetto organizzativo che permetta di raggiungere i maggiori risultati con il minore investimento.

Per raggiungere tale risultato, come in ogni buona organizzazione, è necessario concretamente e a tutto campo entrare in una logica di gestione manageriale del sistema.

Il sistema deve fondarsi su tre concetti "chiave":

- **Centralità assoluta del ruolo del cliente/utente**  
È dall'interazione fondamentale della relazione tra erogatore e fruitore dei servizi che si definiscono le condizioni dell'offerta e della domanda, indispensabili per la realizzazione dei servizi stessi.

Il cliente/utente è collocato in un sistema nel quale può avvalersi di più risorse per rispondere alle proprie necessità di salute.

- **Qualità**  
Diretta conseguenza della centralità del cliente/utente è la qualità del servizio reso.

L'efficacia di un intervento dipende non solo dal contenuto dello stesso, ma anche dalle modalità con le quali viene attuata la relazione e la comunicazione.

- **Innovazione e apprendimento**  
Il continuo confronto con l'esterno rende indispensabile una capacità di cambiamento e innovazione. Tale capacità garantisce la sopravvivenza e lo sviluppo del sistema dei servizi poiché permette di assumere le informazioni necessarie, di scoprire e risolvere i problemi, di elaborare strategie e quindi di apprendere.

Il governo di un sistema di questo genere richiede ovviamente strumenti di analisi organizzativa quale un "controllo di gestio-

ne medicalizzato" che, tenuto conto del budget, della produzione e del costo, verifichi qual è la qualità del prodotto.

Occorre quindi, attraverso indicatori mirati, monitorare la spesa e verificare il corretto utilizzo delle risorse per ottenere risultati di qualità al costo giusto.

La gestione manageriale del sistema presuppone quindi la combinazione in una équipe di competenze sia tecniche che amministrative.

Obiettivi del "controllo di gestione medicalizzato" sono:

- misurare le attività;
- misurare i costi tramite una contabilità analitica;
- collegare i costi alle attività attraverso il monitoraggio di:
  - carichi di lavoro del personale;
  - profili di cura e procedure;
  - consumo di altre risorse;
  - costi generali delle strutture;
- definire un set di indicatori idonei a misurare la performance dei servizi in termini di efficacia ed efficienza;
- definire i reports che possono coniugare tutti i risultati delle fasi suddette.

Occorre sottolineare che, da un lato, al sistema è richiesto di contenere il più possibile la spesa, dall'altro il cliente/utente chiede più servizi in termini quantitativi e qualitativi.

Queste due esigenze si possono conciliare solo con il concetto di efficacia/efficienza.

Nella relazione, sia l'efficacia che l'efficienza, definiti gli obiettivi e le risorse, tengono conto dei risultati.

È evidente quindi che senza la coscienza dei risultati non è possibile effettuare alcuna valutazione.

I risultati sono di difficile monitoraggio se non viene definito il livello minimo di efficacia da raggiungere, che possa fungere da punto di paragone e di confronto.

La regola generale della gestione sarà quella di ritenere più produttivo il periodo che risulti essere più efficiente tra quelli sufficientemente efficaci, cioè che rientrano tra i livelli minimi di efficacia.

Altro punto indispensabile nella gestione manageriale del sistema è lo sviluppo di capacità diagnostiche dei ruoli di responsabilità nella definizione dei problemi dell'organizzazione che produce servizi, attraverso la funzione formativa.

La diagnosi, cioè la capacità di vedere attraverso una organizzazione, è un'azione indispensabile per la qualità delle decisioni e dei progetti di cambiamento.

Strettamente correlato a ciò è la necessità di dotarsi di strumenti professionali di tipo clinico e non "istintivi".

All'interno dell'organizzazione delle ASL i Servizi di cura per le Dipendenze in questi ultimi anni hanno avviato questo percorso che andrà sviluppato nell'ambito del sistema più complesso che si sta delineando con il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche. Il previsto processo di accreditamento dei servizi pubblici sarà l'occasione per meglio definire i livelli di qualità del sistema. ☞

\* *Direttore Dipartimento Dipendenze, ASL Como*





Gazzetta Ufficiale n. 181 del 3 agosto 2002

# Ministero della salute e Ministero della giustizia decreto 10 aprile 2002

*Individuazione del personale operante negli istituti penitenziari, nei settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti*

IL MINISTRO DELLA SALUTE  
e IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA  
di concerto con  
IL MINISTRO  
PER LA FUNZIONE PUBBLICA  
e IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Visto il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante norme per il "Riordino della medicina penitenziaria", a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419; Visto, in particolare, l'articolo 6, comma 1, del predetto decreto legislativo, il quale prevede che con uno o più decreti del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del predetto decreto legislativo, è individuato il personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al Servizio sanitario nazionale;

Visto l'articolo 19 della legge 15 marzo 1997, n. 59, richiamato nel citato articolo 6, il quale prevede che sui provvedimenti aventi riflessi sull'organizzazione del lavoro e sullo stato giuridico dei pubblici dipendenti sono sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

Visto, altresì, il comma 2 del sopra menzionato articolo 6, il quale prevede che in sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali sono definite le forme e le procedure per il trasferimento del personale individuato ai sensi del comma 1, anche con la definizione di apposite tabelle di equivalenza; Visto inoltre l'articolo 8, comma 1, del citato decreto legislativo, il quale prevede che dal 1 gennaio 2000 sono trasferite al Servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie e svolte dall'Amministrazione penitenziaria, con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché il relativo personale, le attrezzature, gli arredi e gli altri beni strumentali;

Visto l'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, ml 12;

Considerato che la individuazione del personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al Servizio sanitario nazionale riguarda, in questa fase, solo quello che svolge funzioni nei settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, trasferite alla data del 1 gennaio 2000;

Considerato che il personale operante negli istituti penitenziari per i settori della prevenzione e della tossicodipendenza è tutto a rapporto di lavoro convenzionale con l'Amministrazione penitenziaria e che ciascun soggetto può anche essere titolare di più rapporti convenzionali con la stessa amministrazione;

Ritenuto, conseguentemente, che il trasferimento non possa che riguardare il rapporto convenzionale con passaggio della titolarità dall'Amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto, peraltro, di individuare il restante personale da trasferire al Servizio sanitario nazionale solo al momento del trasferimento delle altre funzioni sanitarie;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 26 ottobre 2000;

Sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative

*Decretano:*

## Art. 1. - Individuazione del personale operante negli istituti penitenziari, nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti

**1.** Ai sensi e per gli effetti previsti dall'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, il personale operante negli Istituti penitenziari, nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, è individuato nell'ambito dei seguenti profili professionali: medico addetto al presidio delle tossicodipendenze, psicologo addetto al presidio delle tossicodipendenze, infermiere addetto al presidio delle tossicodipendenze.

**2.** Sono trasferiti al Servizio sanitario nazionale i rapporti convenzionali relativi al personale appartenente ai profili professio-

nali di cui al comma 1 alla data del 10 gennaio 2000, determinati complessivamente in un numero di 606, di cui 172 riferiti a medici, 132 a infermieri e 302 a psicologi secondo quanto specificamente indicato nelle tabelle allegate al presente decreto del quale fanno parte integrante.

**3.** I rapporti convenzionali di cui al comma 2 sono trasferiti alle aziende sanitarie locali nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari ove il personale convenzionato opera.

**4.** Restano fermi gli effetti giuridici ed economici disciplinati dalle convenzioni I cui rapporti sono trasferiti al SSN. Sono fatti salvi gli eventuali miglioramenti spettanti fino alla scadenza del rapporto convenzionale in atto i cui oneri saranno determinati e trasferiti al SSN con successivi provvedimenti.

## Art. 2. - Trasferimento delle risorse

**1.** Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, sono assegnate al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie, connesse al personale di cui al precedente articolo 1, iscritte nello stato di previsione del Ministero della giustizia.

**2.** Ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 il personale e le risorse finanziarie sono trasferiti alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano con norma di attuazione. ☞  
Roma, 10 aprile 2002

Il Ministro della salute  
*Sirchia*

Il Ministro della giustizia  
*Castelli*

Il Ministro per la funzione pubblica  
*Frattini*

Il Ministro dell'economia e delle finanze  
*Tremonti*

Registrato alla Corte dei conti il 18 giugno 2002  
Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 4, foglio n. 168

Allegato - Personale diviso per regione, istituto penitenziario, profilo professionale, monte ore, spesa, elenco nominativo professionisti.

Il binomio droga-carcere ha assunto negli ultimi tempi dimensioni sconvolgenti.

Il 35% dei detenuti (al momento attuale sono 59.000) risulta formato da tossicodipendenti.

In grandi strutture carcerarie come Milano, Torino, Roma, Genova, Firenze, Napoli la presenza di tossicodipendenti supera anche il 60%.

Gravi problemi esistenziali e di adattamento caratterizzano la vita del tossicodipendente in carcere.

È opportuno quindi sperimentare nuovi percorsi anche alla luce del Decreto pubblicato sulla G.U. il 3 agosto 2002.

Il passaggio della convenzione dei medici, degli psicologi e degli infermieri dal "Presidio delle Tossicodipenden-

ze" del Ministero della Giustizia ai Ser.T delle Aziende Sanitarie territoriali è ormai realtà.

È urgente stimolare e acquisire subito direttive valide (soprattutto dagli Assessorati Regionali) che consentano una reale integrazione di tali figure nel contesto degli operatori dei Ser.T per favorire l'interscambio ed ottimizzare l'intervento terapeutico-trattamentale a favore dei reclusi con problemi di dipendenza sia in termini qualitativi che quantitativi.

*Roberto Calabria*

Dirigente medico Ser.T AS 4 - Cosenza,  
Consulente Ministero della Giustizia,  
Comitato Scientifico Nazionale Fe Der Ser D

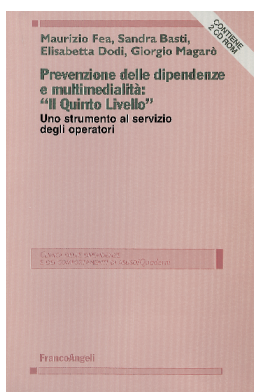
## RECENSIONE

*Maurizio Fea, Sandra Basti, Elisabetta Dodi, Giorgio Magarò*

### **Prevenzione delle dipendenze e multimedialità: "il Quinto Livello" Uno strumento al servizio degli operatori**

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni,  
diretta da Alfio Lucchini

FrancoAngeli, Milano, 2002, pp. 96, volume + 2 cd-rom, € 15,00 (cod. 231.1.3)



"Il Quinto Livello" si rivolge agli adulti che operano e si relazionano con i giovani: genitori, educatori, insegnanti, animatori, istruttori e allenatori, operatori sociali e sanitari, per:

- sviluppare una riflessione culturale sui costrutti sociali del fenomeno droghe;
- proporre un approccio meno evitante o troppo preoccupato sul problema;
- consolidare le competenze educative necessarie a mettersi in relazione con il mondo giovanile sull'area delle droghe;
- imparare ad utilizzare criticamente le nuove tecnologie.

"Il Quinto Livello" è composto dal volume e da due cd rom: Film e Percorsi.

Il testo descrive le esperienze che hanno portato a individuare la strategia e i percorsi educativi suggeriti nei cd rom. Si propone una lettura critica dei nodi caratteristici del lavoro preventivo, e la connessione con l'utilizzo della multimedialità.

*Maurizio Fea*, psichiatra, direttore Dipartimento Dipendenze della ASL di Pavia.

*Sandra Basti*, psicologa psicoterapeuta Servizio Dipendenze di Pavia della ASL di Pavia.

*Elisabetta Dodi*, formatrice e consulente nel campo dell'educazione degli adulti.

*Giorgio Magarò*, regista di cortometraggi a carattere sociale ed educativo e fondatore dell'Associazione "Dal Film al Film" specializzata in video didattici e culturali.

#### *"Il Quinto Livello"-Film*

è una fiction che mette a fuoco le seduzioni della realtà virtuale, suggerendo analogie tra cybernauta e tossicomane, accomunati dal tentativo di manipolare la realtà definendone le regole di funzionamento, controllandone le dimensioni emotive attraverso la ricerca di sintonie artificiali che li allontanano dal vivere la pienezza della vita, con le sue contraddizioni, le sue difficoltà, i suoi piaceri. Il film, che non parla direttamente di droga, propone un percorso di ricerca sulle tematizzazioni possibili intorno al fenomeno delle droghe.

#### *"Il Quinto Livello"-Percorsi*

si caratterizza per la presenza di sequenze del filmato, documentazione approfondita, esercitazioni, percorsi educativi, riferimenti a brani e testi letterari che consentono di guidare in modo interattivo esperienze formative per adolescenti, con obiettivi di prevenzione del rischio tossicomane e di sviluppo di progetti di educazione all'immagine.







*Lo scenario attuale e le potenzialità dell'approccio integrato alla luce delle strategie farmacologiche innovative*

## Il trattamento delle tossicodipendenze

*Questo contributo alla valutazione dell'impatto clinico, economico e sociale dei trattamenti nel settore delle dipendenze patologiche è proprio della mission che una associazione come Fe Der Ser D intende perseguire per una riflessione tecnica e una valorizzazione istituzionale del sistema di intervento professionale specifico.*

*Il redazionale vuole interessare non solo gli operatori del settore, ma altri tecnici della sanità, dirigenti e manager.*

### Centralità della persona e centralità della terapia

“Il riferimento alla centralità della persona può sembrare un concetto abusato, ripetendosi spesso nelle dichiarazioni d'intenti, e di fatto sarebbe rimasto un semplice auspicio se in questi anni un crescente numero di operatori, in Italia e in Europa, non avessero perseguito l'obiettivo di aiutare tutte le persone con problemi di droga nell'ottica di ridurre i rischi [...] che caratterizzano il consumo di stupefacenti”<sup>1</sup>.

### L'apporto della ricerca scientifica alla cura delle tossicodipendenze

La ricerca scientifica ha permesso di approfondire le diverse tematiche legate alla centralità della terapia nella cura della tossicodipendenza quali ad esempio le ricadute negative del fenomeno sul piano sanitario, sociale ed economico; di accrescere l'insufficiente conoscenza dei processi biologici, psicologici e sociali che sottendono il fenomeno; di valutare realisticamente l'efficacia degli interventi preventivi e riabilitativi disponibili.

Lo studio degli effetti delle droghe nel cervello ha poi offerto delle importanti informazioni non solo per capire le basi neurobiologiche della dipendenza, dell'astinenza e della tolleranza, ma anche per meglio comprendere fenomeni quali l'umore, le emozioni, l'apprendimento, la memoria, l'acquisizione delle abitudini, il comportamento.

Molti studi hanno rivelato i sistemi neuronali implicati nei meccanismi della dipendenza, quali neurotrasmettitori giocano un ruolo importante nel “craving” – la voglia irresistibile – e quali nell'acquisizione e mantenimento della dipendenza suggerendo l'utilizzo di un approccio integrato.

Il punto d'arrivo di molte di queste pubblicazioni è proprio quello che qualunque cura, fra i trattamenti più consolida-

ti garantisce risultati superiori rispetto all'assenza di trattamento<sup>2</sup>.

Dal punto di vista pratico, il progresso delle conoscenze sui meccanismi biologici alla base delle tossicodipendenze ha generato efficaci trattamenti per la crisi d'astinenza, per la disintossicazione e, soprattutto, per la terapia protratta.

Questi trattamenti costituiscono oggi degli strumenti utili al medico per aiutare il paziente a resistere al desiderio di ricominciare.

Nel campo della dipendenza da oppiacei, una delle strategie alla base di questi trattamenti è di sopprimere gli effetti gratificanti della sostanza: a tal fine si usano i farmaci antagonisti a lunga durata d'azione, con i quali si cerca di decondizionare il paziente all'uso della droga.

In alternativa, esistono farmaci che agiscono sugli stessi recettori interessati dall'azione delle sostanze oppiacee, in modo analogo a quanto avviene per il diabetico con l'insulina.

I farmaci usati a questo scopo sono gli agonisti dei recettori degli oppioidi, come il metadone.

Ultima entrata ufficialmente tra i farmaci utilizzabili dagli operatori è la buprenorfina, sostanza dalle caratteristiche farmacologiche particolari e innovative, non essendo infatti un agonista puro, ma presentando anche un effetto antagonista.

Il medico può scegliere tra queste strategie farmacologiche, sulla base di un ragionato giudizio clinico, sulla conoscenza della fisiopatologia della tossicodipendenza e della farmacologia del farmaco utilizzato.

### Il Rapporto OMS

Nell'ultimo *Rapporto Mondiale sulla Salute*<sup>3</sup>, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto l'accento sulla crescente rilevanza del fenomeno dipendenza da droghe, valutandone il peso in termini di DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), ossia la *perdita totale di vita sana*.

Da questa analisi emerge che la dipendenza dalle droghe ha lo stesso DALYs (due per mille) di alcune neoplasie maligne (segnatamente del cancro del colon-retto e della mammella) oltre che della cirrosi epatica.

L'OMS ha poi riconosciuto la tossicodipendenza come malattia cronica, sottolineando che, come tale, deve essere curata anche con terapie sostitutive – e questo soprattutto in presenza di dipendenze da oppiacei.

L'obiettivo delle terapie – prosegue l'OMS – deve essere la riduzione della morbilità e mortalità causate (o associate) dall'uso di sostanze psicoattive; le strategie per ottenere

risultati positivi, suggerite dal Rapporto, si sostanziano in un approccio integrato e includono

- una diagnosi precoce;
- l'identificazione e la gestione del rischio di contrarre malattie infettive;
- il supporto psicologico;
- l'accesso ai servizi;
- le opportunità di reinserimento sociale.

Questo approccio presuppone il riconoscimento della tossicodipendenza come malattia cronica, ad andamento recidivante, caratterizzata cioè da episodi di remissione di durata variabile da persona a persona e da fase a fase nella stessa persona.

“La percentuale di pazienti in trattamento [...] che ricade nell'uso di eroina è irrisoria rispetto a quella di chi lo interrompe. Così come è ovviamente più bassa la percentuale di ricaduta fra chi vive in comunità terapeutica rispetto a coloro che l'abbandonano per tornare nel loro ambiente”<sup>4</sup>.

## Approccio integrato

Indicato dal Rapporto OMS come la strategia ottimale per ottenere risultati positivi, l'approccio integrato si traduce in un percorso multidisciplinare che considera la terapia nell'ottica di un ampio programma di interventi, che comprende sia trattamenti farmacologici, sia interventi di sostegno all'individuo e alla famiglia mirati alla gestione di problemi di tipo sanitario, psicologico, giuridico e di reinserimento sociale.

### I benefici

Il Rapporto sottolinea inoltre come l'approccio integrato garantisca benefici sia sociali che economici. Segnatamente,

#### • in termini sociali:

- riducendo l'utilizzo di droghe del 40-60%, diminuiscono proporzionalmente le ricadute sociali e sanitarie ad esso collegate: dalla diffusione delle infezioni da HIV all'attività criminale;
- l'eroinomane non sottoposto a trattamento ha sei volte più possibilità di essere infettato dal virus HIV rispetto a coloro che entrano e rimangono in trattamento, essendo la condivisione di siringhe notoriamente associata alla trasmissione di patogeni (dall'HIV, all'epatite B e C) e tra le principali cause della loro diffusione;
- l'efficacia del trattamento delle tossicodipendenze è paragonabile ai tassi di successo per il trattamento di patologie croniche quali il diabete, l'ipertensione e l'asma<sup>5</sup>.

#### • in termini economici:

- L'approccio integrato – prosegue il Rapporto OMS – ha dimostrato di essere più economico del non trattamento o semplicemente dell'arresto e successiva incarcerazione del tossicodipendente.

Ad esempio, negli Stati Uniti il costo medio di un anno di terapia è di circa \$ 4.700 a paziente, mentre il costo di un anno di prigione ammonta a circa \$ 18.400 a persona.

Per riassumere, gli **obiettivi** che l'approccio integrato si propone nella dipendenza da oppiacei sono:

- Ridurre ed eliminare il consumo di droghe.
- Migliorare il tono emotivo, il comportamento e lo stato di salute del paziente.
- Portare ad un migliore autocontrollo del desiderio di eroina e all'autonomia nei confronti del mondo della droga.
- Ridurre i comportamenti a rischio di contaminazione infettiva, in particolare da HIV.
- Consentire al paziente di accedere ai programmi terapeutici e di essere seguito in modo globale, dal punto di vista medico, psichiatrico e sociale, nel contesto di un'assistenza multidisciplinare.
- Facilitare il reinserimento relazionale e sociale del paziente.
- Prevedere, a più o meno lungo termine, una sospensione del trattamento ad evitare lo sviluppo di altri fenomeni di tossicomania (alcol, farmaci, psicotropi ecc.).

### Il ruolo dell'operatore nell'approccio integrato

Per evitare che l'insieme di offerte terapeutiche sia un assortimento generico e scarsamente finalizzato, è indispensabile che gli operatori specializzati svolgano una funzione essenziale di diagnosi e di orientamento, e valutino la maggior adeguatezza delle cure da applicare per il singolo paziente.

Affinché questo processo si svolga efficacemente è necessario curare la formazione scientifica e le competenze relazionali degli operatori, e realizzare la validazione dei singoli strumenti terapeutici.

L'organizzazione che eroga gli interventi deve inoltre svolgere una continua attività di monitoraggio e di valutazione dell'efficacia degli esiti degli interventi terapeutici.

Sia a livello internazionale che nel nostro Paese sono state recentemente elaborate, o sono in via di realizzazione, delle *linee guida* sul trattamento delle dipendenze che supportano i professionisti del settore in questa importante funzione di discernimento all'interno dei propri compiti di assistenza.

I soggetti e le agenzie sanitarie e sociali che interagiscono e si integrano in questo tipo di approccio sono molteplici: servizi sanitari territoriali e ospedalieri, servizi sociali, organizzazioni del privato sociale, tribunale di sorveglianza e istituti di pena per gli affidamenti terapeutici, strutture per il reinserimento lavorativo ed altro.

Tra le molte esperienze di integrazione e di collaborazione si vogliono segnalare due importanti esempi, sviluppati in ambito europeo, di collaborazione tra medici di base, servizi specialistici ed altre realtà operative.

#### • L'esperienza scozzese

Motivazione, partecipazione e un minimo d'incentivi: sono la ricetta dei medici di famiglia scozzesi, che – in collaborazione con i servizi specialistici – hanno deciso di contribuire ad espandere e migliorare l'assistenza ai tossicodipendenti, gestendola in prima persona.

Il coinvolgimento attivo dei “*general practitioner*” in questo settore è realtà almeno in due importanti città del Regno Unito, e oltreoceano si sta pensando di imitarla.

L'iniziativa è stata presa nell'ultimo decennio a Edimburgo e Glasgow, dove si era registrato il numero di sieropositivi tossicodipendenti più alto d'Europa.

Nelle due città sono nati nuovi servizi che, nell'ambito di un programma di interventi integrati per il recupero dei tossicodipendenti, avevano il compito di convincerli anzitutto ad assumere metadone per bocca anziché iniettarsi droghe per via venosa, per eliminare l'uso promiscuo delle siringhe.

La strategia innovativa, denominata *shared care*, vede la responsabilizzazione dei medici di base e degli infermieri, accanto a psichiatri e altri esperti che assicurano il supporto organizzativo e la gestione dei casi più difficili.

La creazione di una buona relazione fra medici generici e servizi antidroga specializzati, come è avvenuto ad Edimburgo, ha inoltre portato ad una percentuale di sieroconversioni HIV molto più bassa rispetto ad altre città.

Tra gli operatori scozzesi è al momento aperto un intenso dibattito sulle terapie farmacologiche; al metadone si è infatti recentemente aggiunta la buprenorfina.

Sarà di notevole interesse studiare l'impatto sui tassi di sieroconversioni HIV nei pazienti che stanno assumendo, con adeguati protocolli, questa nuova terapia.

Complessivamente emerge, come confermato da una ricerca condotta presso i medici di famiglia nel dicembre 2000, il ruolo fondamentale che il trattamento integrato svolge nella riduzione del rischio di morte correlata all'uso di droga nei pazienti tossicodipendenti.

#### • L'esperienza francese

In Francia, ormai dal 1995, viene applicato in modo estensivo l'approccio integrato alla tossicodipendenza.

Per il trattamento sostitutivo delle tossicodipendenze da oppiacei, la buprenorfina è disponibile dal 1996, prescrivibile dal medico di famiglia ed è fornita attraverso le farmacie. La buprenorfina è in breve tempo divenuta il farmaco più utilizzato: su una popolazione di circa 150.000 eroinomani francesi, 70.000 sono oggi in terapia con questo farmaco.

Le cifre sembrano dare ragione alla scelta operata dal governo francese: secondo gli ultimi dati forniti dal ministero dell'Interno, in cinque anni il numero di morti per *overdose* è diminuito dell'80%; mentre, contemporaneamente, è calato anche il consumo di eroina.

Diversi sono gli studi sin qui condotti; uno in particolare<sup>6</sup> – condotto tra l'aprile 1999 e il maggio 2000 dall'associazione *Santé Promotion Conseil Insertion (SPCI)* su 665 pazienti con un'età media di 34 anni, abitanti in tre diverse regioni francesi – ha misurato per la prima volta le ricadute positive sulla vita sociale dei pazienti, sulla base delle risposte fornite ai questionari ad essi distribuiti.

I miglioramenti riguardano tutti i settori della vita sociale. Ad esempio:

- il 70% degli intervistati dopo un anno di trattamento dichiara di essere riuscito a mantenere contatti con persone – amici o famigliari – senza problemi di dipendenze da droga o alcol; percentuale che sale all'80% al secondo anno;
- una considerevole fetta di popolazione cessa di vivere di spaccio o elemosina: dal 19,2% prima dell'inizio del trattamento, si passa al 4% a distanza di un anno;

- su 187 persone disoccupate da oltre 12 mesi, 100 hanno trovato lavoro grazie ai miglioramenti consentiti dalla terapia.

### Analisi dei costi-benefici di un approccio integrato

Ogni programma di trattamento si confronta con l'esigenza di controllo dei costi e di razionalizzazione delle risorse.

Analisi globali relative ai costi-benefici del trattamento integrato nel campo delle tossicodipendenze sono state avviate soprattutto nel mondo anglosassone, da sempre più sensibile a questo tipo di approccio.

Queste includono i risparmi per la comunità in termini di costi della criminalità, di disoccupazione e servizi sanitari per l'assistenza di tossicodipendenti non trattati.

#### I dati internazionali

Lo studio Tully Hill<sup>7</sup> – uno dei primi lavori che si è occupato di questo argomento – ha dimostrato come la spesa sanitaria diminuisca in maniera rilevante dopo il trattamento. Paragonando le spese nell'anno precedente al trattamento con quelle dei due anni successivi si è evidenziata una diminuzione<sup>8</sup>:

- del 30% per i ricoveri;
- del 16% per le cure d'emergenza.

#### I benefici in termini di spesa sanitaria<sup>9</sup>

Negli Stati Uniti un'indagine condotta nel 1992 dal *California Department of Alcohol and Drug Programs (CALDATA)* ha concluso che il trattamento dell'abuso di sostanze è in grado di produrre un risparmio stimato in \$ 7 per ogni dollaro investito nella cura<sup>10</sup>:

- l'uso di droghe illegali si è ridotto del 40% tra i partecipanti al trattamento;
- la percentuale di ricoveri è diminuita di un terzo;
- l'attività criminale è diminuita dei due terzi dopo la fine del trattamento.

Inoltre, è stato evidenziato come il trattamento abbia consentito di ridurre del 25% il totale dei giorni di ricovero, in particolare<sup>11</sup>:

- del 36% per problemi generici;
- del 58% per overdose;
- del 36% per le emergenze.

Lo Stato del Minnesota ha stimato il risparmio per la spesa sanitaria derivante dall'utilizzo di trattamenti contro le dipendenze in 22 milioni di dollari<sup>12</sup>.

Altri studi<sup>13</sup> hanno dimostrato come, utilizzando il trattamento, il rischio di contrarre il virus HIV diminuisca di circa il 34,5%.

Il risparmio per la spesa sanitaria è stato stimato come segue:

- 1.100 \$ per malattie veneree.
- 74.513 \$ per ipertensione.
- 96.005 \$ per tubercolosi.
- 114.796 \$ per AIDS.

#### I benefici per la comunità (trasgressioni e criminalità)

Nonostante le differenze varino a seconda dei sistemi giuridici e dei metodi di valutazione, l'inserimento di questi pazienti in cicli di trattamento riduce la quantità di comportamenti criminali di circa i 2/3<sup>14</sup>.

I dati provenienti da un ampio studio prospettico (TOPS) dimostrano che il trattamento comporta una riduzione significativa anche nei costi associati alla criminalità, con un rapporto beneficio/costo di 4 a 1<sup>15</sup>.

Alcuni ricercatori<sup>16</sup> hanno messo in relazione il trattamento delle sostanze d'abuso con la diminuzione di alcuni dei costi sociali correlati, segnatamente:

- del 18% dei pazienti arrestati per guida in stato di alterazione;
- del 13% dei pazienti coinvolti in incidenti stradali.

### **La realtà italiana: i dati rilevati nei contesti di trattamento o in condizioni alternative**

Anche in Italia sta aumentando il numero di studi condotti per valutare i risparmi conseguibili attraverso il trattamento.

Considerando varie analisi elaborate da Ser.T di aree metropolitane (aree piemontese e lombarda), rispetto al soggetto eroinomane, i risultati medi, che pur presentano qualche difficoltà di comparazione, sono evidenziati dalla seguente tabella:

<b>Condizione o stato del soggetto</b>	<b>Costo mensile diretto o indiretto (€)</b>	<b>Effetti individuali o sociali</b>
Soggetto non in trattamento con assunzione di eroina da strada	1.200,00	Danni per la salute fisica e sociale del soggetto e per le attività illegali correlate
Soggetto carcerato	6.000,00	Assunzione di droga in carcere: gradazione di diffusione di sostanze. Limitatezza della funzione preventiva sulle recidive e della rieducazione sociale del soggetto
Soggetto assistito ambulatorialmente	180,00	Con cure adeguate vi è una notevole riduzione delle attività criminali svolte per delinquenza abituale ed una riduzione/sospensione dell'uso di droghe da strada. Il soggetto migliora le sue condizioni psicosociali e le capacità lavorative, riduce il rischio di contrarre – o di peggiorare – le patologie correlate
Soggetto assistito in regime semiresidenziale	900,00	Miglioramento soggettivo e sociale simili a quelle del paziente ambulatoriale. Spesso associate cure ambulatoriali e semiresidenziali, comprese nei costi evidenziati
Soggetto assistito in regime residenziale	1.200,00	Il soggetto ha meno bisogno dell'intervento ambulatoriale associato in forma standard. Buon incremento delle capacità lavorative, della autonomia soggettiva e della responsabilità rispetto al contesto sociale e al patrimonio

## **La buprenorfina**

Appare di notevole interesse a questo punto focalizzare l'attenzione su una recente risorsa terapeutica: la buprenorfina. Di essa è stato accennato nelle sezioni precedenti, ma è utile analizzare le peculiarità di questo farmaco.

### **Caratteristiche farmacologiche**

La buprenorfina è indicata nel trattamento delle tossicodipendenze da oppiacei.

L'assunzione regolare di buprenorfina porta ad annullare gli effetti della droga per due o tre giorni, in particolare il cosiddetto effetto *rush*, ossia il senso di piacere provocato dall'eroina che rende così appetibile la sostanza per il tossicodipendente.

La buprenorfina possiede effetti farmacologici dose-dipendenti entro un determinato arco posologico, oltre il quale, pur aumentando il dosaggio, non si ottiene un corrispondente incremento dell'attività.

Questo si traduce in un elevato profilo di sicurezza, evitando rischi di sovradosaggio letale.

Anche dopo somministrazione cronica, la buprenorfina induce una scarsa dipendenza fisica e dopo sospensione improvvisa la sindrome da astinenza è di lieve entità.

Queste caratteristiche – unite alla somministrazione sublinguale – hanno reso particolarmente interessante l'impiego del farmaco nel trattamento protratto della dipendenza da oppiacei; la *compliance*, o adesione al trattamento, del paziente è sempre elevata e gli studi controllati appaiono di estremo interesse clinico.

### **Impiego clinico della buprenorfina**

La buprenorfina ha alcune caratteristiche importanti, che ne permettono un uso clinico particolarmente vantaggioso: – agisce attraverso un'azione cosiddetta "di agonismo parziale" sui recettori per gli oppiacei (i cosiddetti recettori  $\mu$ ), il che da un lato impedisce la comparsa di sintomi di astinenza da eroina e da altri oppiacei, ma nello

stesso tempo non induce rischi di depressione del respiro (presenti invece con l'impiego di altri farmaci).

- Si lega assai saldamente ai recettori cerebrali impedendo a sostanze oppiacee d'abuso (eroina, morfina) di agire a loro volta.

Sotto questo rilievo agisce cioè come un antagonista.

- Questa molecola tende a non provocare stati di overdose e, generando scarsa dipendenza fisica, aumenta sensibilmente le probabilità che il malato possa superare la sua condizione di dipendenza dagli oppiacei.

### **Ruolo della buprenorfina nell'approccio integrato**

Le caratteristiche di questo farmaco consentono una sua importante collocazione nelle strategie terapeutiche e riabilitative dell'approccio integrato.

Infatti, la buprenorfina può essere assunta sotto forma di compresse da sciogliere sotto la lingua, anche ogni due-tre giorni.

Infatti diversamente dal metadone, aumentando il dosaggio di buprenorfina non si ottiene un aumento del suo effetto ma un prolungamento della durata della sua azione che, quindi, può arrivare a 48 o 72 ore tra una somministrazione e l'altra.

Questa sua peculiarità consente un cambiamento anche nel rapporto tra il tossicodipendente e la struttura sanitaria che eroga la terapia sostitutiva, il Ser.T.

Il paziente diventa meno dipendente dalla struttura e più facilmente trova possibilità di reinserimento nella vita sociale.

La dispensazione non necessariamente quotidiana della buprenorfina consente quindi evidenti vantaggi:

- al paziente: può consentire di godere di una maggiore libertà, di un più facile reinserimento lavorativo e sociale, di un minore stigma familiare e sociale;
- agli operatori dei Ser.T: consente di vedere alleggerito il carico di lavoro.

La dispensazione frazionata evita inoltre che vengano consegnate al tossicodipendente più dosi insieme, ad esempio per i fine settimana, e riduce il rischio di "usi illeciti" del farmaco.

### **Una valutazione dei costi benefici nell'utilizzo della buprenorfina**

Secondo uno studio condotto negli Stati Uniti e pubblicato dalla rivista *Addiction*<sup>17</sup> l'utilizzo della buprenorfina è considerato vantaggioso anche in termini di costi-benefici, quando il costo del farmaco non superi [(come nel caso italiano, dove il costo per il SSN di un dosaggio medio di 8-10 mg/die si aggira intorno a 2,21-2,76 €)] i \$ 5 per dose. L'indice QALYs (*Quality Adjusted Life Years*) utilizzato per misurare la qualità della vita, cresce di una percentuale variabile tra il 39 ed il 59%.

Inoltre, la riduzione della dipendenza da oppiacei diminuisce i costi dei servizi sociali e di pubblica sicurezza.

## **Conclusioni**

Sulla base delle considerazioni sopra esposte, sia di natura terapeutica che economico-sociale, si può dunque affermare l'importanza di una sempre maggiore valorizzazione e di una estensione al più elevato numero di pazienti che è possibile raggiungere, dell'approccio multidisciplinare e integrato, in quanto questo costituisce oggi la forma di intervento più completo ed efficace nell'affronta-

re il problema delle tossicodipendenze da oppioidi e di determinare importanti vantaggi individuali e sociali.

L'utilizzo di un approccio flessibile e l'adattamento della terapia alle diverse necessità dei soggetti tossicodipendenti, al loro percorso personale, contribuirà a trovare la soluzione più adeguata per ogni individuo.

In quest'ottica, risulta importante valutare in tutti i suoi aspetti l'opportunità offerta dall'impiego di un farmaco come la buprenorfina, affinché sia considerato da un lato utile strumento terapeutico per determinate categorie di pazienti; dall'altro valido sostegno per promuovere il reinserimento sociale del soggetto tossicodipendente, con uno stigma minore per lui e la sua famiglia. ☞

## **Note bibliografiche**

Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia anno 2000, <http://www.dipartimentoaffarisociali.it/main/AreaTossicoDipendenze/documenti/relazione2000.pdf>.

Relazione Annuale sull'evoluzione del fenomeno della Droga nell'Unione Europea 2000, [http://www.emcdda.org/infopoint/publications/annrep\\_00.shtml](http://www.emcdda.org/infopoint/publications/annrep_00.shtml).

National Buprenorphine Policy & National Clinical Guidelines and Procedures for the use of Buprenorphine in the Treatment of Heroin Dependence, <http://www.health.gov.au/publth/nds/new/clinical.htm>.

Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs, Brian T. Yates, Ph.D. American University National Institute on Drug Abuse, September 1999.

The Costs and Consequences of Addiction and the Benefits of Prevention and Treatment, George E. Pataki, Jean Somers Miller, January 1998.

## **Note**

1. Dall'Introduzione alle Linee Guida, a cura dei Ministri per la Sanità e la Solidarietà sociale, pubblicate in occasione della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

2. G. Gessa, Istituto di Farmacologia Università di Cagliari, "Buprenorfina: nuove frontiere nel trattamento della tossicodipendenza", *Momento Medico*, 2001.

3. OMS, *The World Health Report 2001* - <http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter3/003d3.htm>.

4. A. Tagliamonte, *Medicina delle Tossicodipendenze*, 1996.

5. NIDA, 2000.

6. SPCI, *Impatto dei trattamenti sostitutivi in medicina di base sulla vita sociale dei consumatori di oppiacei*, aprile 1999-maggio 2000.

7. NTIES, Preliminary Report: "The Persistent Effects of Substance Abuse Treatment - One Year Later," *DHHS*, September, 1996.

8. P.P. Pani, "Lo stato dell'arte e le prospettive della valutazione nel campo delle tossicodipendenze in Italia", III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Genova 28-30 novembre 2000.

9. Harwood e coll., 1988.

10. Gerstein e coll., 1994.

11. Gerstein et al., *Evaluating Recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment*, Sacramento, CA, 1994.

12. Turnure, C. Testimony presented to the U.S. Senate Labor and Human Resources Committee, March, 1994.

13. French e coll., "Estimating the dollar value of health outcomes from drug-abuse interventions", *Medical Care*, 1996.

14. Gerstein et al., 1994.

15. Harwood e coll., 1988.

16. Langenbucher et al., 1993.

17. Barnett e coll., "The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States", *Addiction* (2001) 96, 1267-1278.





Presentiamo la Cooperativa Sociale Onlus Zarapoti, di Catanzaro, che ha aderito a Fe Der Ser D con un Patto Federativo ai sensi statutari.

Una delle finalità e originalità di Fe Der Ser D, cioè la possibile adesione di realtà del pubblico e del privato, purché operanti in modo professionale nel settore, inizia a concretizzarsi.

**La Cooperativa Sociale ar.l. Zarapoti ONLUS,** è una Cooperativa Sociale di tipo "A" che si costituisce nell'ottobre 1996 in Catanzaro.

Tra i principali scopi statutari, si propone di:

- Attivare interventi preventivi socio-educativi e formativi rivolti a persone che vivono in condizione di disagio o di emarginazione sociale.
- Interventi di prevenzione alle tossicodipendenze e alla infezione da virus HIV tramite l'ausilio di Operatori di Prevenzione in strada.
- Assistenza sociale a tossicodipendenti, alcolisti ed ammalati di AIDS.
- Attività di ricerca con diverse metodologie al fine di costituire un osservatorio permanente sul disagio o su altre condizioni di emarginazione sociale.
- Progettazione e programmazione per la costituzione di mappe dei gruppi giovanili formali ed informali alla conoscenza della realtà culturale, sociale ed economica del territorio al fine di garantire la piena valorizzazione delle risorse umane e delle realtà esistenti.
- Progettazione e gestione di Centri di Aggregazione giovanili o altre forme di aggregazione al fine di facilitare la riabilitazione e l'integrazione sociale delle persone in condizione di disagio o di emarginazione.

#### Figure professionali della cooperativa

Operatori di Prevenzione in Strada (con formazione qualificata e permanente), Diplomato in statistica, Assistenti sociali, Maestro di musica, Psicologo.

#### Servizio "Unità di strada"

La Cooperativa gestisce, per il terzo anno consecutivo, in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria n. 7 di Catanzaro il Servizio di "Unità di Strada", promosso e finanziato dalla Regione Calabria - Assessorato alla Sanità.

Scopo principale è quello di approntare interventi di prevenzione sulle sostanze d'abuso e l'HIV, sperimentando nuove metodologie di prevenzione utilizzando Operatori di Prevenzione in Strada.

In particolare sono attuati sul territorio catanzarese interventi specifici quali:

- Mappatura del territorio.
- Rilevazione della consistenza del fenomeno.
- Aggancio dei tossicodipendenti non conosciuti al Ser.T.
- Prestazioni di primo soccorso all'overdose da eroina.
- Fornire informazioni a persone tossicodipendenti ed alla popolazione in generale sui rischi derivanti dall'as-

sunzione di sostanze d'abuso e sulle malattie sessualmente trasmissibili.

- Distribuzione in strada di materiale sanitario di prevenzione.

#### Principali progetti attuati

- *Progetto di Ricerca "Droghe di Sintesi":*

Il Progetto, presentato dalla Cooperativa Sociale "Zarapoti" Onlus finanziato dalla Regione Calabria Assessorato alla Sanità, ha avuto come obiettivo quello di contribuire significativamente a definire lo scenario epidemiologico dell'uso di "sostanze" nella Città di Catanzaro, tramite un questionario strutturato ad "hoc", il cui scopo è stato quello di analizzare e valutare il rapporto esistente fra i giovani studenti di età compresa tra i 14 ed i 18 anni e il consumo di sostanze sintetiche. La ricerca, svolta anche in collaborazione con il Servizio per le Tossicodipendenze di Catanzaro, ha avuto diversi obiettivi oltre a quello della stima della prevalenza del consumo di tali sostanze quali:

- Verificare il grado di conoscenza che i giovani hanno sulle sostanze sintetiche.
- Verificare il grado di conoscenza sui pericoli che l'assunzione di tali sostanze provoca dal punto di vista farmacologico.
- Verificare il grado di conoscenza delle sanzioni che il possesso, lo spaccio, l'uso personale e la cessione comportano.
- Verificare il grado di conoscenza sui Servizi preposti.
- Verificare il grado di diffusione di queste sostanze.

- *Progetto "Strada Amica":*

Il Progetto denominato "Strada Amica" finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali - Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, promosso dal Servizio per le Tossicodipendenze dell'ASL n. 6 di Lamezia Terme, è stato affidato nella sua fase operativa alla Cooperativa Sociale Zarapoti Onlus.

Il Progetto ha perseguito i seguenti obiettivi:

- Realizzare una mappatura delle zone a rischio del Comprensorio di Lamezia Terme.
- Contattare soggetti a rischio di emarginazione e tossicodipendenza non afferenti ai Servizi.
- Fornire informazioni e counselling ai giovani a rischio.
- Distribuire in strada opuscoli e materiale informativo sui rischi derivanti dall'assunzione di sostanze e sulle malattie sessualmente trasmissibili.
- Distribuire in strada materiale sanitario di prevenzione (profilattici).

Attraverso la realizzazione dei suddetti obiettivi ed utilizzando una nuova figura, l'Operatore di Prevenzione in Strada, si è cercato di giungere là dove i Servizi non arrivano, di individuare cioè quei soggetti che vivono il disagio, attivando strategie di riduzione del danno, avvicinandosi alle persone tossicodipendenti e soprattutto cercando di arrivare, attraverso interventi di informazione e prevenzione, a quelle fasce giovanili di popolazione potenzialmente più a rischio.

• *Progetto: "Discoteca, alcol e nuove droghe: quale relazione?"*

Il progetto, finanziato dal Ministero dell'Interno è finalizzato alla prevenzione e recupero delle tossicodipendenze, nello specifico è volto a conoscere i nuovi modelli di aggregazione tra i giovani frequentanti le discoteche della Provincia di Catanzaro, l'eventuale connessione tra questi ultimi ed il consumo di alcol e nuove droghe, nonché a formare gli operatori dei servizi per sviluppare nuove strategie d'intervento e di prevenzione.

Le iniziative a tale riguardo concernono:

- Conoscere e comprendere la dimensione quantitativa e qualitativa del fenomeno nei territori interessati mediante la realizzazione di una ricerca/intervento, attraverso la somministrazione di questionari anonimi che avranno, nello stesso tempo, l'obiettivo di sensibi-

lizzare i giovani coinvolti sui rischi connessi all'uso di sostanze.

- Formare e/o aggiornare gli operatori territoriali (dei servizi pubblici, del privato sociale, delle forze dell'ordine) mediante corsi di formazione che riguarderanno nello specifico: la socializzazione dei risultati della ricerca; l'analisi delle attività professionali di ciascuno nell'ambito territoriale e fenomenico considerato; l'approfondimento di esperienze eccellenti realizzate in Italia sulle nuove droghe; l'individuazione di prassi comuni in relazione ai nuovi fenomeni di consumo di sostanze di sintesi.
- Sperimentare metodologie di intervento adeguate ai fenomeni di consumo nei diversi territori e, se del caso, innovative.
- Valutare le strategie adottate e da adottare per fronteggiare il fenomeno.

• *Progetto "In the middle of the night"*

Il progetto denominato "In the middle of the night" finanziato dal Ministero della Sanità è finalizzato allo studio del consumo di sostanze sintetiche fra i giovani ed in particolare di:

- Monitorare e relazionare il fenomeno delle sostanze di sintesi, al fine di creare una "banca dati" sempre aggiornabile, che permetta di individuare ed elaborare interventi mirati alla prevenzione e riduzione del fenomeno.
- Fornire agli operatori dei Servizi preposti un'analisi specifica e approfondita del fenomeno per migliorare anche la qualità delle risposte e interventi operativi diretti alla cultura giovanile della tossicodipendenza attualmente in trasformazione.
- Creare forme di analisi, d'interventi e verifica facilmente confrontabili, verificabili e ripetibili al fine di dar vita ad una strategia unitaria d'intervento che possa realmente contrastare l'evoluzione del fenomeno nuove droghe.
- Sviluppare un processo di consapevolezza rispetto al concetto di benessere della salute.
- Ridurre il consumo delle sostanze sintetiche emergenti.
- Ridurre il numero degli incidenti stradali provocati dalla perdita di attenzione dovuta all'uso e abuso combinato delle sostanze.
- Indirizzare i possibili consumatori ai Ser.T.
- Aumentare il livello di sicurezza nei luoghi di maggiore aggregazione giovanile.
- Coinvolgere le realtà operanti sul territorio (Enti pubblici, Forze dell'Ordine, Associazioni di Volontariato, Cooperative ecc.).
- Contattare i soggetti a rischio di emarginazione.
- Distribuire in strada opuscoli e materiali informativi.
- Fornire informazioni e counselling ai giovani a rischio.
- Fornire informazioni alla popolazione in generale.
- Stimare e valutare il sommerso.
- Monitorare e aggiornare la mappa delle zone a rischio. ☺

**NOTIZIE IN BREVE**

**PROPOSTE DI FORMAZIONE Fe Der Ser D 2003**

*Congressi e Seminari della durata di due giorni:*

Alla data odierna sono state definite le seguenti iniziative:

- La valutazione quali-quantitativa degli interventi e dei percorsi di prevenzione degli stati di tossicodipendenza.
- La terapia delle tossicodipendenze: aspetti clinici, etici e legislativi.
- La rappresentazione sociale della tossicodipendenza, dei tossicodipendenti e delle cure.
- Le forme della integrazione nel settore delle dipendenze.
- Le giornate grossetane di prevenzione.

Sono previste complessivamente 8 iniziative di valenza nazionale, a partire da marzo 2003.

*Workshop di una giornata*

Per figure professionali singole e per più professionalità. Tematiche centrali saranno il buon utilizzo degli strumenti terapeutici nei servizi, nonché la condivisione degli strumenti operativi.

Previste 10 iniziative di valenza regionale dal dicembre 2002.

*Corso di management*

Nel corso del 2003 verrà avviato il Corso superiore di management sanitario per direttori di servizio.

Sarà cura della Federazione informare tutti gli operatori delle date, luoghi e programmi degli eventi Consultate il sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

Fe Der Ser D curerà l'accreditamento ECM.

Cooperativa Sociale "Zarapoti" a.r.l. - ONLUS  
Via O. Colace, 1 - 88050 S. Elia (Catanzaro)  
0339/6987047 - 0338/9188167 - 0338/9823629

## L'uso della buprenorfina nel trattamento della tossicodipendenza Due anni di esperienze nei Ser.T.

**a cura di Alfio Lucchini - postfazione di Claudio Leonardi**  
**Collana "Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso"**  
**FrancoAngeli, Milano**

Da oltre due anni un farmaco importante fa parte delle opportunità terapeutiche per i Servizi delle Dipendenze italiani: la buprenorfina.

In riunioni e seminari si discute dei primi dati e risultati dell'impiego di questo farmaco, che quasi diecimila persone stanno utilizzando. Le esperienze sull'uso della buprenorfina stanno evidenziando la rilevanza nell'utilizzo clinico e le influenze sugli aspetti gestionali dei Servizi.

I trenta lavori che sono raccolti in questo volume, frutto delle riflessioni di centoquindici professionisti dei

Ser.T di quasi tutte le Regioni italiane, approfondiscono molti aspetti emersi nell'utilizzo del farmaco: l'ampia casistica – quasi 4.000 pazienti presentati nei lavori – offre una ricchezza di approcci notevole.

Oltre alla raccolta dei dati clinici entro i canoni delle più tipiche indicazioni del farmaco, alcuni autori hanno anche analizzato situazioni particolari d'uso e di valutazione del farmaco; spazio viene inoltre offerto a saggi che analizzano la percezione negli utenti e negli operatori, così come i fattori psicologici nell'uso della buprenorfina.

Emerge in molti scritti una "nuova" vitalità operativa e un entusiasmo degli operatori sanitari per l'attività nei Ser.T, in qualche modo correlati alle aspettative per questo presidio terapeutico. Pur con il dovuto richiamo alla cautela, questo insieme di esperienze è anche segno di maturità del sistema, di una stabilità di metodologie di lavoro e di accettazione della sfida di organizzare interventi flessibili e idonei per nuove necessità.

Indice

Introduzione, di Alfio Lucchini

I trattamenti sostitutivi con la buprenorfina: strategie di intervento, modelli di gestione, di Michele Ferdico

### Le esperienze nei Ser.T: aspetti quali-quantitativi, organizzativi, analisi della qualità della vita

Prime esperienze di trattamento farmacologico con buprenorfina nel Ser.T del Distretto IV - ASL città di Milano, di E. Cozzolino, P. Vigezzi, L. Guglielmino, M. De Chiara, R. Silenzio, C. Stellato, F. Corrado, P. Marzorati

Valutazione retrospettiva dei pazienti trattati con buprenorfina in un Ser.T genovese, di M. Chia, F. Bruno, R. Canepa, M. Mollica, M.G. Roccatagliata, R. Urcioli

Indagine conoscitiva sul trattamento con buprenorfina di utenti dipendenti da oppiacei in cura presso il Ser.T di Sora, di G. Ruggieri, R. Battista, M. Ferazzoli, G. Anastasi

Buprenorfina: stato dell'arte nel Ser.T di Como a due anni dall'introduzione, di R. Casartelli, A. Saibene, G. Frigerio, M. Dam, C. Paparesta

Buprenorfina: l'esperienza della somministrazione ad "ampio spettro" in un Ser.T campano ad altissimo carico di utenza, di G. Di Petta, V. D'Auria, P. Scurti, P. Fallace, G. Liguori

Esperienza di terapia con buprenorfina nei Ser.D. del Dipartimento Dipendenze della ASL provincia di Pavia, di G. Belfiore, S. Messina, M. Fea

Buprenorfina: esperienza del Ser.T di Ferrara, di D. Beltrami, E. Frozzi, A. Bigoni, L. Garofani

Valutazioni prospettiche della terapia con buprenorfina a partire dall'analisi del 2001 nella ASL Milano 3 - Monza, di M. Bramani Araldi, R. Brigada, M. Clerici, E. Corti, A. Crocco, G. Pennisi, E. Rossella, B. Tinghino, M. Resentini

Raccolta dati sull'utilizzo della buprenorfina nel Ser.T di Novi Ligure, di E. Cavazza

Trattamento sostitutivo con buprenorfina nella dipendenza da oppiacei: un anno di esperienza presso il Ser.T di Matera, di L. D'Ambrosio, C. Gentile, E. Merolla, N. Montemurro, N. Onorati, D. Parente, N. Pepe

Buprenorfina: esperienze nei Ser.T della Provincia di Bergamo, di M. Corti, C. Fogaroli

Anno 2001: analisi dei trattamenti con buprenorfina effettuati nei Servizi per le Tossicodipendenze della ASL Napoli 1, di C. Baldassarre, A. Basso, V. Bellopede, S. De Rienzi, G. De Rosa, M. Di Lauro, A. Fuscone, E. Marguccio, G. Russo, L. Vitello

Trattamenti con buprenorfina: valutazione a sedici mesi Ser.T Distretto 3 - ASL Città di Milano, di F. D'Amore, M. Vescovo, L. Murgio, A. Buscemi, F. Candi, G. Vidoni

Trattamento con buprenorfina nel Ser.T di Bolzano: iter evolutivo, di E. Zerbetto, L. Passaporti, A. Scandolari, J. Bizzarri, I. Bracardi, E. Dellantonio

Un "traghetto" farmacologico: considerazioni preliminari sull'uso della buprenorfina nel Ser.T di Piacenza, di M. Buono, A. Mosti  
La sfida della complessità: nuove opportunità terapeutiche nel trattamento sostitutivo. L'esperienza del Ser.D. della ASL Milano 2, di G. Strepparola, C. Assi, G. Campione, E. Donadeo, A. Lucchini  
Riorganizzare un Servizio con buprenorfina: esperienza del Ser.D. di Lodi, di C. Varango, C. Filippi, A. Heydari, A. Labadini, M. Bellagamba, M. Cella, C. Barbieri, M.L. Romano

Introduzione e utilizzo della buprenorfina nel trattamento della dipendenza da oppiacei: valutazione della esperienza clinica nel Ser.T di Gallipoli, di R. Cataldini

Buprenorfina e qualità della vita. Studio retrospettivo in un campione di pazienti in trattamento presso il Ser.T di Livorno, di L. Mancino, M. Pini, H. Margaron

### Utilizzo in target specifici

Trattamento integrato buprenorfina e S.S.R.I. nella terapia della dipendenza da oppiacei. Sintesi di studi clinici in aperto, di V. Savatteri, G. Faillace

Trattamento con buprenorfina in soggetti affetti da grave dipendenza dall'eroina, di G. Gerra

Efficacia della buprenorfina in relazione ai disturbi psichiatrici associati alle dipendenze: possibile attività come antagonista dei recettori kappa sui sintomi psichiatrici, di G. Gerra

La buprenorfina nel trattamento della dipendenza da oppiacei in soggetti fumatori cronici di cannabis, di F. Nava, E. Caldiroli, S. Fonzi, C. Toso, V. Marino

Giovani eroinomani. Caratteristiche specifiche e modalità del trattamento con buprenorfina. Una analisi preliminare, di E. Levarta, L. Suardi, M. Cibir

### Percezione del farmaco e fattori psicologici

Buprenorfina: una prima analisi della percezione del farmaco negli utenti e negli operatori, di A. d'Amore, M.L. Petrozziello, N. Palmiero

La buprenorfina nella cura della tossicodipendenza: effetti psicologici, di A. Coacci, M.G. Petruzzello

Fattori psicologici nell'uso della buprenorfina. Esperienze del Ser.T di Piedimonte Matese, di E. Parente

### Una valutazione su scala regionale

I pazienti in terapia con farmaci sostitutivi nella Regione Abruzzo, di P. D'Egidio  
Postfazione, di Claudio Leonardi

# Trattamento della dipendenza da oppiacei Una riflessione sul metadone a mantenimento

*Gilberto Gerra\* e Amir Zaimovic\**

L'impiego di metadone a mantenimento nella terapia della dipendenza da oppiacei non può essere considerato tra le vecchie consuetudini dei Servizi per le Tossicodipendenze, una strategia scontata che abbandonerebbe i pazienti al loro comportamento reiterato giorno dopo giorno, o una condizione inerte che mette al riparo gli operatori dal confronto con le problematiche vere dell'utenza.

Nemmeno appare accettabile che questo farmaco sia posto al centro più di scontri ideologici e asserzioni pregiudiziali, che non di misurazioni oggettive e valutazioni scientifiche.

Occorre invece che i medici e gli operatori dei Servizi diano il via ad un'impegnativa riflessione sul metadone, sul suo impiego estensivo, sulle modalità di utilizzo, sui risultati effettivi, uscendo da scelte condizionate dalla routine e da procedure inappropriate.

Nella prospettiva c'è l'utilizzo di un farmaco condotto in modo innovativo e razionale, un nuovo corso che si propone la prescrizione di metadone in una dimensione clinica e riabilitativa.

Una varietà di studi ha investigato l'efficacia del trattamento con metadone a mantenimento in differenti programmi per l'abuso di sostanze (Joseph *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Barnett *et al.*, 2001; Giacomuzzi *et al.*, 2001), ma il funzionamento dei pazienti in trattamento per lunghi periodi è ancora non del tutto chiarito.

Sebbene sia stata rilevata la capacità del metadone di ridurre l'assunzione di eroina in generale (Ball and Ross, 1991), la frequenza dell'infezione da HIV (Hartel and Schoenbaum, 1998), il comportamento trasgressivo e criminale (Joseph and Woods, 1995; Lowinson *et al.*, 1997), la necessità di identificare elementi predittivi dell'esito del trattamento con metadone, e conoscere a fondo i cambiamenti ai quali il paziente in mantenimento va incontro, appare come un obiettivo specifico per clinici e ricercatori (Mino *et al.*, 1998).

Lo scenario per una gestione innovativa del metadone, per l'applicazione di buone pratiche, e per una riflessione scientifica sui risultati, implica la condivisione da parte dei medici e degli operatori di alcuni atteggiamenti di fondo essenziali: qualcuno dovrà abbandonare l'idea del metadone come conquista "politica" dei pazienti, altri dovranno smettere di pensarlo come una demoniaca rinuncia alla piena riabilitazione; gli amministratori

dovranno prendere atto che non è bene servirsi del metadone per gestire grandi masse di tossicodipendenti con uno scarso numero di operatori; per altri ancora verrà il momento di interrompere forme di somministrazione senza relazioni con i pazienti e senza verifiche degli esami tossicologici.

Piuttosto, sul tavolo saranno poste domande cliniche, e a carattere epidemiologico... Con quale obiettivo somministrare un agonista dei recettori oppioidi "mu", molto meno gratificante dell'eroina?

Quali fattori possono predire un buon esito del trattamento? Per quanto tempo e con quale prospettiva di evoluzione verso forme di trattamento diverse? Quali i dosaggi e le procedure adeguate?

L'associazione di strategie psicosociali, comportamentistiche o psicofarmacologiche... o il metadone come terapia sufficiente a se stessa?

In quale contesto di programma o d'ambiente?

Un farmaco per stabilizzare e controllare il comportamento impulsivo tipico dell'addiction, utilizzando questa fase di "compenso" per indirizzare i pazienti a cercare al di là dei farmaci le gratificazioni intense cui si erano abituati con l'eroina? Un agonista dei recettori oppioidi che non crea disfunzioni nel sistema immunitario, come accade nel soggetto esposto all'eroina?

E ancora, per quali tipologie di tossicodipendenti? A quali condizioni, nell'ambito di quell'accordo tra medico e paziente che sostiene l'alleanza terapeutica?

L'outcome del trattamento con metadone, a quanto riportato dalla letteratura, può essere influenzato dalle modalità del programma e dalle caratteristiche dei pazienti. Nondimeno, le valutazioni "di esito" considerano ritenzione e risultati dei controlli urinari, nella maggior parte degli studi, tenendo in poco conto le interazioni tra programmi e caratteristiche dei pazienti (Lehmann *et al.*, 1993).

Tra le caratteristiche del trattamento che possono realmente influenzare l'efficacia del metadone, il ruolo del dosaggio merita la riflessione più approfondita e ulteriori investigazioni nell'ambito scientifico.

Il metadone a mantenimento è stato dimostrato capace di ridurre l'assunzione di oppiacei da strada, la trasmissione di infezioni, le morti per over-dose, ma l'efficacia del farmaco è apparsa compromessa al di sotto dei 60 mg/die e nei pazienti "pressati" a interrompere il trattamento prematuramente e prima della stabilizzazione clinica (Ward *et al.*, 1998).

\* Centro Studi Farmacodipendenze, Ser.T, AUSL Parma

D'altro lato, uno studio naturalistico, attuato per determinare se le alte dosi fossero più efficaci delle basse dosi nell'influenzare le variabili di outcome, non ha evidenziato differenze significative, suggerendo che, se le dosi di metadone hanno una loro importanza, una maggiore attenzione deve essere posta agli aspetti interpersonali della relazione terapeutica e alle caratteristiche del programma in generale (Blaney and Craig, 1999).

Analogamente, laddove i dosaggi erano individualizzati, e il livello di supporto psicosociale intenso, come riportato dal programma di Ginevra, i risultati negativi non erano correlati con dosaggi ridotti (Mino *et al.*, 1998).

Contraddittori anche i risultati ottenuti nell'investigare l'efficacia dei programmi psicosociali affiancati al metadone: counseling con contatti più frequenti, maggior coinvolgimento ed esperienza del direttore del programma sono apparsi vantaggi significativi nell'influenzare l'esito dei controlli urinari (Magura *et al.*, 1999).

In alternativa, altri studi non riescono a dimostrare una maggior efficacia del trattamento metadonico affiancato ad intensivi elementi psicosociali (Caplehorn *et al.*, 1993; Avants *et al.*, 1999), suggerendo agli operatori un'altra area di riflessione, sperimentazione e approfondimento.

A loro volta, le caratteristiche dei pazienti che possono predire l'outcome del trattamento con metadone meritano ulteriore attenzione: uno stato di benessere emozionale, precedenti esperienze di trattamento, la condizione di stabilità professionale e il livello di scolarizzazione non hanno mostrato interferenze sul successo del trattamento (Lehmann *et al.*, 1993), facendo insorgere dubbi su una possibile valutazione predittiva di criteri psicologici e comportamentali.

Allo stesso modo, i "responders" al metadone non sembrano mostrare differenze nella severità dei problemi sociali e nella fruizione del trattamento rispetto ai "non-responders", secondo studi che valutavano i test tossicologici delle urine (Belding *et al.*, 1998).

Nondimeno, secondo diversi altri rilievi la severità dell'addiction e la storia di tossicodipendenza sembra influenzare la capacità del metadone di ridurre l'assunzione di droghe illegali: in particolare una elevata frequenza dell'assunzione di cocaina all'ingresso nel trattamento metadonico pare ridurre sensibilmente l'efficacia dello stesso (Hser *et al.*, 1998).

Tipologie di pazienti, caratterizzate da differente comorbidità psichiatrica secondo il DSM, hanno mostrato diversi outcome in risposta al trattamento metadonico (Mason *et al.*, 1998).

Analogamente, i disturbi affettivi, l'ansia e i disturbi di personalità sono risultati associati ad un peggiore esito del trattamento con metadone, suggerendo che una dettagliata attenzione delle equipe dei Ser.T debba essere posta alla diagnosi e alla terapia specifica della comorbidità psichiatrica (Fernandez Miranda *et al.*, 2001).

A rendere anche quest'area problematica da interpretare, e anch'essa quindi da investigare con maggiore impegno, sono i dati ottenuti da altri protocolli di ricerca, secondo i

quali i partecipanti al trattamento metadonico ottenevano esiti indipendenti dalla diagnosi psichiatrica, sebbene una certa difficoltà a fruire del trattamento sia stata segnalata per i pazienti psichiatrici (Cacciola *et al.*, 2001; Alterman *et al.*, 1996; Marenmani *et al.*, 2000).

Il disturbo di personalità antisociale appare influenzare in negativo, quando si associa al disturbo da uso di sostanze, la risposta al metadone misurata da alcuni autori (Alterman *et al.*, 1998), anche se, secondo altri, condizionerebbe l'uso multiplo di sostanze, ma non la ritenzione (King *et al.*, 2001).

Una diversa compliance al trattamento pare associarsi più alle caratteristiche dimensionali che alle diagnosi DSM (Broome *et al.*, 1999), e comunque condizioni come l'ostilità variano notevolmente la capacità di interferire con il trattamento in relazione al tipo di programma in cui il metadone è inserito.

A conferma di quanto sia oggi estesa ed approfondita la ricerca sugli elementi predittivi della risposta al metadone, anche gli studi di genetica portano il proprio contributo, suggerendo che il TaqI A(1) allele del gene che codifica per il recettore D2 della dopamina comporti l'orientamento verso un cattivo esito del trattamento (Lawford *et al.*, 2000).

Altrettanto importanti, e scarsamente tenuti in considerazione da alcuni servizi, sono le variabili "di contesto e di programma" che possono incidere pesantemente sulla efficacia del mantenimento con metadone: le condizioni dei locali e degli ambulatori, le modalità di somministrazione, la stabilità dell'equipe e l'esperienza del direttore del centro, la "filosofia" del servizio e il livello di formazione, tutti questi elementi contribuiscono in un certo modo a modulare la risposta al trattamento (Joe *et al.*, 1994; Greenfield *et al.*, 1996; Prendergast *et al.*, 2000).

Anche un impiego comportamentistico del supporto socio-economico che i servizi provvedono ai pazienti sembra ottenere un outcome più positivo rispetto al metadone non associato a voucher o sussidi (Preston *et al.*, 2002; Saxon *et al.*, 1996), richiedendo una verifica del tipo di utilizzo delle risorse economiche erogate dagli enti locali in questo settore.

Emerge chiara la necessità di una consapevolezza nuova tra gli operatori dei Ser.T, rivolta a tutto l'assetto degli strumenti clinici utilizzati nella cura delle dipendenze, ma in particolare rinnovata e indirizzata sul trattamento metadonico, che per esperienza e dimensioni occupa uno spazio di primo piano: occorre che questa consapevolezza sia stimolata e guidata dallo spirito della ricerca, dalla curiosità clinica e dal desiderio di corrispondere ai disturbi dei pazienti con strategie sempre nuove.

Un nuovo approccio al metadone caratterizzato da valutazioni scientifiche, misurazioni e riflessioni, che non dovranno rimanere confinate al mondo accademico, capaci di aprire prospettive forse inattese per un farmaco da tanto tempo impiegato nella terapia della dipendenza da oppiacei. ✍



# La salute dei nostri servizi

Fe Der Ser D chiede a tutti gli operatori delle strutture pubbliche (Ser.T, Strutture alcolologiche, Strutture intermedie, Ambulatori, Unità di strada, ecc.) di partecipare ad una ricognizione della realtà del nostro lavoro quotidiano.

Le risposte alle domande che seguono daranno spunti utili al dibattito attuale sulla adeguatezza dei servizi per la cura degli utenti e sullo sviluppo del sistema, nel senso indicato anche dal decreto ministeriale del giugno scorso.

Si pregano i colleghi che ricevono Mission di fotocopiare e far pervenire a tutti gli operatori questa pagina.

È possibile rispondere:

• per posta a "Redazione Mission" - via Martiri della Libertà, 21 - 20066, Melzo (Milano)

• via fax a Fe Der Ser D Lombardia allo 0295736995.

Meglio ancora consultate il sito internet [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

I congressisti a Cernobbio potranno consegnare il questionario direttamente allo stand di Fe Der Ser D.

I dati verranno utilizzati nel rispetto delle leggi vigenti in tema di riservatezza.

## 1. Lo spazio fisico del servizio in cui lavori è qualitativamente:

- bello  
 accogliente  
 dignitoso  
 accettabile  
 poco decoroso  
 squallido

## 2. Quando è stato effettuato l'ultimo intervento di manutenzione o di acquisti di una certa consistenza (esempio tinteggiatura generale pareti, cambio arredi, ecc.) nel tuo servizio?

- quest'anno  
 l'anno scorso  
 circa tre anni fa  
 più di cinque anni fa  
 che mi ricordi mai

## 3. Ritieni adatto alle dimensioni della attuale utenza del tuo servizio il numero di operatori che vi operano?

- sì  
 abbastanza  
 no  
 assolutamente no

## 4. Ritieni idoneo per le attività che il tuo servizio deve svolgere le professionalità esistenti?

- sì  
 sì, ma diversamente utilizzate  
 sì, ma diversamente organizzate  
 abbastanza  
 no, ne servono di nuove  
 no

## 5. Nei programmi di trattamento nel tuo servizio vengono in una percentuale di casi significativa coinvolti:

- i familiari  SI  NO  
 – il volontariato  SI  NO  
 – ex tossicodipendenti  SI  NO

## 6. Le varie figure professionali del tuo servizio scrivono in cartella la diagnosi per i singoli pazienti?

- sì  
 no  
 spesso

- solo alcune figure professionali  
 raramente

## 7. Esistono nel tuo servizio:

- programmi di follow-up  SI  NO  
 – modalità di valutazione dei programmi  SI  NO  
 – attività di consulenza esterna nel settore  SI  NO  
 – attività preventive stabilizzate esterne  SI  NO

## 8. Secondo la tua percezione, i pazienti in carico al tuo servizio sono nel 2002:

- in netto aumento  
 aumentati  
 stazionari  
 diminuiti  
 in netta diminuzione

## 9. Come vedi la realtà del tuo servizio nei prossimi tre anni:

- sempre in miglioramento nella operatività e in sviluppo  
 con importanti cambiamenti organizzativi e operativi  
 come è ora  
 contratta nel personale  
 contratta nel personale e nei pazienti  
 gestita insieme al privato  
 affidata al privato  
 chiusa

## 10. Quando hai seguito l'ultima volta una attività di formazione specifica nel settore, fornita dal tuo servizio, di durata superiore alle 20 ore?

- nel 2002  
 l'anno scorso  
 due anni fa  
 tre anni fa  
 cinque anni fa  
 oltre sei anni fa  
 mai

## 11. Quando hai seguito l'ultima volta una attività di formazione a tua spesa esclusiva, di durata superiore alle 20 ore:

- nel 2002  
 l'anno scorso

- due anni fa  
 tre anni fa  
 cinque anni fa  
 oltre sei anni fa  
 mai

## 12. Tra cinque anni pensi di lavorare:

- nel servizio in cui lavori ora  
 in altro servizio affine  
 in altro servizio territoriale della ASL  
 in Ospedale  
 in un Comune  
 in una struttura privata del settore  
 in una struttura sanitaria privata  
 come libero professionista  
 penso di essere in pensione

## 13. A quale profilo professionale appartieni?

- medico  
 psicologo  
 sociologo  
 educatore professionale  
 assistente sociale  
 (psico)pedagogista  
 assistente sanitario, capo sala, asv, ecc.  
 infermiere professionale  
 personale di supporto (ASA, OTA, OSS, Animatore, ecc.)  
 amministrativo  
 altro \_\_\_\_\_

## 14. Quale incarico dirigenziale rivesti?

- direttore dipartimento  
 direttore struttura complessa \_\_\_\_\_  
 responsabile struttura semplice \_\_\_\_\_

## 15. Sei

- dipendente a tempo pieno  
 dipendente part time  
 consulente  
 convenzionato  
 altro \_\_\_\_\_

16. Sesso:  M  F

17. Età \_\_\_\_\_

18. Numero operatori del tuo servizio \_

19. Numero pazienti nel 2001 \_\_\_\_\_

Grazie.

# Campagna di prevenzione degli incidenti stradali "notti sicure" in Toscana

## Osservazioni preliminari dei rilievi effettuati con etilometro e misuratore dei tempi di reazione

*Alessandro Coacci\**

Anche quest'anno FeDerSeD in collaborazione con la Regione Toscana e il Dipartimento delle Dipendenze di Grosseto ha organizzato la campagna di prevenzione degli incidenti stradali dovuti all'uso di alcol e sostanze stupefacenti denominata "Notti Sicure". Ormai da diversi anni davanti alle discoteche si effettuano test con l'etilometro per rilevare i livelli di alcolemia nei ragazzi, e dal 1997 ad oggi sono stati effettuati circa 15.000 test.

Prima di fare qualsiasi considerazione sui dati in nostro possesso è necessario premettere che i risultati si riferiscono solamente al campione che si è sottoposto al test, e non a tutti i frequentatori delle discoteche.

Considerato che il test è volontario, è lecito supporre che la decisione di sottoporsi ad esso dipenda dal fatto di avere o meno bevuto, per controllare la corrispondenza tra alcol ingerito e valori risultanti dal test, per cui da un punto di vista strettamente scientifico, il campione esaminato non è rappresentativo di tutti i giovani.

Da una prima analisi dei dati relativi alla campagna 2002 (test effettuati con l'etilometro circa n. 2.500), si evidenzia che circa il 35% di questi risulta essere superiore al limite fissato dalla legge (0,5 g/litro): la conclusione da trarre non riguarda però la capacità di guida, ma semplicemente il rischio di incorrere nella sospensione della patente. Questa precisazione è doverosa, in quanto quest'anno la campagna ha proposto oltre al test con l'etilometro anche quello con il Misuratore dei Tempi di Reazione (MTR) e i dati in nostro possesso (che sono ancora in fase di una definitiva elaborazione), confermano quanto detto.

\* *Presidente Fe Der Ser D, Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL 9, Grosseto*

Infatti, pur avendo testato tramite l'MTR solo i soggetti che presentavano l'alcolemia più elevata, abbiamo rilevato che solo il 38% di questi ha dei riflessi piuttosto lenti, tali da essere considerati a rischio.

Ne deriva che la pericolosità dell'alcol non va ricercata (a livelli medio bassi di alcolemia) in un'alterazione dei tempi di reazione, che nei ragazzi permangono molto buoni, ma piuttosto in una diminuita percezione del rischio.

Appare quindi necessario programmare campagne di prevenzione che sensibilizzino i giovani sulla consapevolezza dei rischi, non tanto correlati all'uso di alcol, ma che li rafforzino a livello di autostima e amor proprio verso una guida responsabile.

Spostare pertanto il momento competitivo di una guida spericolata, riconducendolo ad un momento competitivo costruttivo, quale per esempio è possibile esprimere nello sport, nell'impegno scolastico, nell'impegno sociale...

In poche parole indirizzare l'energia competitiva dei giovani creando opportunità di espressione costruttiva.

Il fattore principale che influenza l'alcolemia (quantità di alcol nel sangue) è il tempo trascorso dall'assunzione di alcol: questo spiega bene molti risultati, infatti l'alcolemia è molto elevata nei soggetti che hanno appena bevuto, ma è sufficiente che gli stessi attendano qualche decina di minuti affinché cali drasticamente.

È essenziale ricordare che lo scopo principale di questa iniziativa è quello di sensibilizzare i giovani ad una guida sicura (nell'ottica del binomio **divertimento-benessere**), al fine di renderli consapevoli che deve guidare solo chi è in grado di farlo. ✍



**Sede legale:** Viale Europa n. 11/B, 58100, Grosseto

### Direttivo Nazionale

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

### Comitato Scientifico Nazionale

Bernardo Grande (coordinatore),  
Gilberto Gerra, Vincenzo Marino,  
Roberto Calabria

## 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. 4196.06 intestato a FeDerSerD presso Monte dei Paschi di Siena Filiale 2703, Grosseto - Agenzia n. 1 - Via Monte Rosa, n. 80 **ABI 1030 CAB 14397**  
 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 2002- RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_  
CITTA' \_\_\_\_\_ 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 (Fe Der Ser D)**  
\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2002 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 \_\_\_\_\_