

Il ridisegno dell'offerta sanitaria contro
antiche e nuove dipendenze 1

AREA EPIDEMIOLOGICA

Valutazione dei determinanti dell'esito
dei trattamenti metadonici in una coorte
di soggetti presi in carico presso i Ser.T.
della città di Trento
*Mercedes Gori, Emanuela Colasante,
Fabio Mariani* 3

Mappatura territoriale dell'utenza trattata
presso i Ser.T. di una Asl in provincia
di Milano
*S. Salvadori, V. Lorenzoni, S. Molinaro,
A. Lucchini, G. Strepparola, F. Mariani* 19

ORGANIZZAZIONE

Organizzazione di un Ser.T. in una logica
aziendale: i progetti terapeutici per
obiettivi con indicatori di risultati
*Raffaele Lovaste, Roberta Ferrucci, Iva Vedovelli,
Erna Savoì, Stefania Calmasini* 11

NOTIZIE IN BREVE

Comunicazione di Luigi Olini 10

Incontro nazionale FeDerSerD-FICT 38

Corso di perfezionamento in Psicopatologia
delle dipendenze 50

Comunicazione di Bernardo Grande 54

RECENSIONI 23-32-38

AREA ANTROPOLOGICA, CULTURALE E SOCIALE

Patologie da dipendenza e psicoterapia:
il modello post-razionalista
Giorgio Pannelli 26

AREA PREVENZIONE

Ricerca-intervento sulle patologie infettive
nel carcere di Grosseto: Informazione,
prevenzione, educazione tra pari
*L. Bacci, S. Gatto, M.G. Petruziello,
E. Spinsanti, M. Trezzi, S. Volpi* 34

AREA CLINICA

Metodi immunochimici per il dosaggio
dell'ecstasy in campioni biologici
*I. Amoroso, D. Giardiello, R. Fiore, A. Morani,
P. Padulano, L. Vrenna* 40

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Ufficio di presidenza/Direttivo nazionale
Assemblea nazionale - Pescara 16-17-18
maggio 2006 53-54

Comunicato Stampa di FeDerSerD 56

Mission

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



Il ridisegno dell'offerta sanitaria contro antiche e nuove dipendenze*

La presenza in questo contesto è particolarmente significativa e segnala una diversa considerazione del mondo scientifico per problemi complessi quali quelli legati al consumo di droghe, oltre la contingenza che la cronaca ci offre in questi giorni con i comportamenti e le ipocrisie di parte del nostro ceto politico.

Una presenza legata alla esperienza che un gruppo significativo di dirigenti di dipartimenti delle dipendenze italiani hanno compiuto tra il 2003 e il 2004 in un master in management e comunicazione co-organizzato da ISTUD e FeDerSerD.

Un percorso e un gruppo di progetto per cimentarsi con le novità che l'aziendalizzazione della sanità impongono.

Il prof. Marco Vitale ha ricordato i danni che l'estremizzazione aziendalistica applicata alla sanità può comportare: non posso che concordare ricordando che in settori che devono accogliere la sofferenza, come quelli in cui opero, queste esasperazioni appaiono delittuose.

Ma noi ci siamo domandati: cosa ci chiede la società in una visione virtuosa? Di individuare obiettivi di salute e benessere e programmare su buone pratiche.

Diciamo trasformare la percezione sociale del fenomeno droga e delle strategie di intervento volte a contrastarlo, partendo proprio dalla capacità dei servizi di produrre effetti significativi sulla salute dei pazienti trattati.

* *Intervento del presidente nazionale di FeDerSerD prof. Alfio Lucchini presso la sede di ASSOLOMBARDA l'11 ottobre 2006, alla tavola rotonda di presentazione del volume "Le organizzazioni aperte in sanità", curato dall'area sanità della Fondazione ISTUD, ed edito da "Il Sole 24 Ore".*

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO V, 2006 - N. 19

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

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

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717
misiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 30 novembre 2006

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

Nel settore delle dipendenze la storia di questi trent'anni segna il passaggio difficile da nuclei di intervento pubblici e privati, dominati da leader più o meno carismatici, a servizi complessi e dipartimenti diretti da manager.

I fatti dimostrano che in linea generale questo percorso è stato positivo, tanto da far pensare, come abbiamo scritto in nostri documenti, che l'essere dovuti diventare leader in contesti poco strutturati e in situazioni con mandati poco chiari, abbia favorito nei singoli l'acquisizione di competenze manageriali e attitudini alla governance.

In Italia si è costituito un sistema di intervento, con estesa e qualificata componente pubblica, che rappresenta una ricchezza di saperi e di capacità di azione unica al mondo per l'approccio alle problematiche derivate dagli stati di dipendenza.

I cambiamenti negli stili di consumo e nelle richieste che i cittadini pongono ai nostri servizi sono imponenti e richiedono analoghi cambiamenti nella strutturazione dell'intervento.

Questo tema è conosciuto, reclamizzato ed abusato.

Sottaciuto invece è lo sforzo in atto nel giusto senso di prevedere i fenomeni, leggerli correttamente e strutturare interventi innovativi.

Un bell'esempio di "organizzazione aperta in sanità", titolo della iniziativa odierna e del volume che viene presentato.

I tre capitoli del volume curati dai professionisti italiani delle dipendenze di FeDerSerD disegnano la mission dei dipartimenti delle dipendenze.

I dipartimenti delle dipendenze sono strutture che vivono e possono avere un senso solo grazie alla società; che devono vedere interagire oltre alle unità operative di servizio pubbliche e private anche le istituzioni locali, le prefetture, le scuole, le associazioni e il volontariato, le forze produttive, il territorio insomma.

Un impegno comune e responsabile in cui anche l'utente deve fare la sua parte: avere un ruolo con diritti e doveri.

Il diritto di accesso ai servizi, il diritto alla cura, e il dovere di ben utilizzare la relazione con il servizio.

Già il prof. Franco Mandelli, presentando un esempio cristallino di continuum tra le esigenze sanitarie e socioassistenziali, ospedaliere e territoriali, nel campo della ematologia a Roma, ha puntualizzato alcuni principi direi di civiltà.

Noi continueremo a cercare di crescere in questo senso, ma sappiamo, come ha scritto il prof. Umberto Veronesi nella presentazione di questa iniziativa, che il problema vero per sviluppare i "modelli di apertura" è culturale, della società e di chi vuole veramente sviluppare la cultura scientifica e avere attenzione all'uomo e al suo benessere.

Per chi si occupa di droga e di persone con problemi di abuso e dipendenza questo è un limite, un macigno, e dovrebbe rappresentare un richiamo forte di attenzione per il semplice cittadino, per il direttore generale di Regione o ASL, per la persona investita di una carica pubblica.

Questo lavoro è stato premiato nel corso del recente congresso di Pescara al primo posto del concorso nazionale indetto da FeDerSerD in collaborazione con la ditta Molteni "L'utilizzo del metadone nel trattamento del paziente con doppia diagnosi".

La commissione giudicatrice, composta dall'Ufficio di Presidenza e dal Coordinamento del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD, ha espresso il seguente giudizio.

"Il lavoro appare di ottimo livello. Rigoroso, con una casistica adeguata, finché non si spinge ad un eccessivo frazionamento dei gruppi, un disegno dello studio corretto, una interpretazione dei risultati rigorosa. L'argomento dello studio appare inoltre di sicura utilità come ricaduta sui Servizi, che hanno dimostrato collaborazione nella messa a disposizione dei dati. Merita indubbiamente il primo premio. Punteggio finale 19/20".

Valutazione dei determinanti dell'esito dei trattamenti metadonici in una coorte di soggetti presi in carico presso i Ser.T. della città di Trento

*Mercedes Gori, Emanuela Colasante, Fabio Mariani**

Introduzione

È ormai nota l'importanza della valutazione dei trattamenti quale strumento di programmazione in sanità pubblica. In questo ambito, diversi studi hanno iniziato, sin dagli anni 70, a valutare i principali determinanti degli esiti. Di riferimento sono gli studi "Drug abuse reporting programme" [1-2], "Treatment Outcome prospective Study" (TOPS) e quelli più attuali relativi al "Drug abuse treatment outcome" (DATOS) [3-4-5]. L'importanza della valutazione "di risultato" relativa ai trattamenti per le tossicodipendenze viene confermata anche dal "First National Treatment Outcome Research Study" [6].

Alcuni studi condotti nel periodo 1998/2000 sugli "esiti globali" dei programmi terapeutici in cui veniva prevista anche la somministrazione di metadone (in tale caso il successo viene identificato nella completa astensione dall'uso di eroina), evidenziano tra i diversi determinanti dell'esito, anche il "numero di precedenti trattamenti metadonici somministrati" ed il "tempo di ritenzione del paziente in trattamento".

Più nello specifico, gli studi DATOS condotti nel 2000 [7-8], hanno rilevato che mentre per alcuni pazienti, un numero più elevato di "precedenti trattamenti metadonici" aveva portato ad una maggiore probabilità di successo del programma terapeutico, per altri, caratterizzati da una storia di precedenti problemi con la giustizia e/o situazioni di poliabuso, l'effetto era stato esattamente contrario.

Per quanto attiene invece alla variabile "tempo di ritenzione in trattamento", studi condotti nel 1998/99 da Stark e Ward [9-10] hanno evidenziato una maggiore probabilità di raggiungere condizioni di astinenza dall'uso di eroina, in pazienti restati più a lungo in trattamento.

Si evidenzia così che nella valutazione dei progetti terapeutici attuati con i tossicodipendenti è importante avere ben presente, sia una valutazione iniziale dei pazienti in fase di presa in carico al fine di costruire un piano terapeutico personalizzato [11-16]; sia separare l'"esito specifico" del "singolo intervento" (ad esempio l'"esito specifico" di una terapia farmacologica), dall'"efficacia globale" (esito globale) dell'intero progetto terapeutico

co e quindi dai risultati ottenuti tramite la complessa interazione tra le caratteristiche del paziente, le diverse tipologie di interventi effettuati e le molteplici variabili ambientali.

Alla luce di quanto sopra, alcuni studi effettuati in ambito europeo [17] fanno riferimento alla possibilità di indagare i risultati dei trattamenti per le tossicodipendenze attraverso l'utilizzo di "obiettivi intermedi" valutati in base al raggiungimento di altrettanti "esiti intermedi" (esito specifico). Tale metodologia non risulta però ancora messa a regime nell'ambito della valutazione dei trattamenti metadonici. La particolarità di tali studi consiste nel separare l'"esito intermedio" di un determinato intervento d'area, quale può essere ad esempio una terapia metadonica, dall'"esito globale" dell'intero programma terapeutico che risulta spesso soggetto all'influenza di altre variabili talvolta non governabili.

L'obiettivo del presente studio riguarda la valutazione dei determinanti degli "esiti intermedi" di trattamenti farmacologici con metadone (metadone a medio termine e metadone a lungo termine) valutati per 6 gruppi di pazienti, classificati in alta o bassa evolutività futura della condizione di astinente ed assegnati a tipologie diverse di interventi metadonici.

Popolazione esaminata

Il presente studio è stato effettuato su un campione di 1592 trattamenti metadonici somministrati a pazienti "dipendenti" da eroina, presi in carico presso i 3 Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento. Il campione risulta costituito da pazienti sottoposti a trattamenti metadonici nel corso dell'anno 2003 e che sono stati seguiti per un periodo di 18 mesi.

Materiali metodi e disegno dello studio

Per ciascun paziente sono state prese in considerazione informazioni relative alle caratteristiche anagrafiche, mediche, ambientali, tossicologiche, sociali, psicologiche e legali che ne hanno consentito la classificazione in due categorie omogenee di alta e bassa evolutività futura della condizione di "astinente":

* *Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica, Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari.*

- **gruppo A** (alta evolutività): comprende situazioni in cui risulta ipotizzabile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza;
- **gruppo B** (bassa evolutività): comprende pazienti inquadrabili in una fase "pre contemplativa" o "contemplativa" secondo la classificazione proposta da Di Clemente (università di Baltimora, Maryland USA); pazienti con problemi psichiatrici associati tali da rendere non praticabile un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza; pazienti con problemi di personalità e/o sociali tali da rendere non praticabile, al momento, un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

In questo studio i risultati dei trattamenti farmacologici con metadone (*Metadone a medio termine: 30-180 gg.; Metadone a lungo termine: >180 gg.*) sono stati valutati in base al raggiungimento o meno di obiettivi specifici (obiettivi intermedi) misurati attraverso l'impiego di indicatori di esito altrettanto intermedi riportati nelle tabelle 1 e 2. Particolare attenzione è stata posta nei riguardi di alcune specifiche variabili determinanti quali ad esempio "il tempo di ritenzione in trattamento", "il numero di precedenti trattamenti metadonici", "la presenza di eventuali malattie infettive", "il tempo intercorso tra il primo uso di sostanze stupefacenti e la prima richiesta di aiuto ad un servizio per le tossicodipendenze", "eventuali problemi con la giustizia" ecc.

Ciascuno dei suddetti trattamenti prevede obiettivi intermedi e relativi indicatori di esito intermedio che risultano diversi in base al fatto che si tratti di pazienti afferenti ad uno dei 6 gruppi di pazienti sopra menzionati (come riportato nelle tabelle 1 e 2).

È stato escluso dalla presente analisi il gruppo di pazienti sottoposti a trattamento metadonico "a breve termine" (20-30 gg.); in quanto spesso, per tali persone risulta infatti spesso difficile effettuare una diagnosi di alta o bassa evolutività futura, in quanto inseriti in pre-progetti terapeutici finalizzati solo alla iniziale conoscenza del problema.

Strutture coinvolte

Le strutture coinvolte nel presente studio sono state i 3 Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento e l'Istituto di fisiologia clinica, sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Analisi statistica

A seguito di una analisi descrittiva relativa alle caratteristiche della coorte di pazienti sottoposti ai diversi trattamenti metadonici, è stato utilizzato il modello di regressione logistica al fine di stimare la probabilità del verificarsi/non verificarsi degli esiti dei trattamenti (successo/insuccesso).

I modelli di regressione logistica impiegati sono stati applicati separatamente ai due gruppi di pazienti che si trovano in condizione di alta o bassa evolutività futura della condizione di "astinente" a loro volta stratificati in base al tipo di trattamento metadonico somministrato. I modelli hanno previsto l'impiego di una

Tab. 1 - Criteri di inclusione, obiettivi intermedi e indicatori di esiti intermedi di trattamenti metadonici somministrati a pazienti in "Alta evolutività"

	ALTA EVOLUTIVITÀ		
	Criteri di inclusione	Obiettivi intermedi	Indicatori di esiti intermedi
Metadone medio termine per stabilizzazione del sintomo tossicomaniaco (MM1)	<p>Paziente che necessita di una fase di valutazione prolungata</p> <p>Gruppo 1</p>	<p>Valutazione medica e/o psicosociale che non sarebbe possibile senza la stabilizzazione del sintomo tossicomaniaco</p>	<p>Successo: processo valutativo eseguito</p> <p>Insuccesso: processo valutativo non eseguito e/o incompleto</p>
Metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (ML1)	<p>Paziente con risorse personali, familiari e/o relazionali che fanno presumibilmente prevedere un possibile cambiamento e che presenta almeno uno dei successivi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentata impossibilità a mantenere una condizione drug-free - elevata compulsività - grave comorbilità psichiatrica - gravi problemi dell'area sociale <p>Gruppo 2</p>	<p>Proseguimento del progetto per consentire l'evolvere di condizioni favorevoli al cambiamento ed alla sospensione dell'uso degli oppiacei</p>	<p>Successo: adesione >50% degli appuntamenti previsti e negatività dei metaboliti urinari fra il 50% ed il 100%</p> <p>Insuccesso: adesione tra il 20% ed il 50% degli appuntamenti previsti e positività dei metaboliti urinari</p>
Metadone lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (ML2)	<p>Paziente con scarse risorse personali, familiari e/o relazionali e che presenta uno o più dei successivi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ripetuti Pgt falliti - elevata compulsività - grave comorbilità psichiatrica - gravi problemi dell'area sociale <p>Gruppo 3</p>	<p>Mantenimento dell'aggancio al servizio finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione della motivazione al cambiamento - riduzione dei rischi socio-sanitari 	<p>Successo: adesione >50% degli appuntamenti previsti</p> <p>Insuccesso: adesione < del 50% degli accessi previsti</p>

Tab. 2 - Criteri di inclusione, obiettivi intermedi e indicatori di esiti intermedi di trattamenti metadonici somministrati a pazienti in "Bassa evolutività"

	BASSA EVOLUTIVITÀ		
	Criteri di inclusione	Obiettivi intermedi	Indicatori di esiti intermedi
Metadone medio termine volto all'aggancio prolungato al servizio (MM2)	<p>Paziente che malgrado il counseling non accetta altri Pgt</p> <p>Gruppo 4</p>	<p>Aggancio al servizio</p>	<p>Successo: adesione >50% degli appuntamenti previsti Insuccesso: adesione < del 50% degli appuntamenti previsti</p>
Metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (ML1)	<p>Paziente con risorse personali, familiari e/o relazionali che fanno presumibilmente prevedere un possibile cambiamento e che presenta almeno uno dei successivi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentata impossibilità a mantenere una condizione drug-free - elevata compulsività - grave comorbilità psichiatrica - gravi problemi dell'area sociale <p>Gruppo 5</p>	<p>Proseguimento del progetto per consentire l'evolvere di condizioni favorevoli al cambiamento ed alla sospensione dell'uso degli oppiacei</p>	<p>Successo: adesione >50% degli appuntamenti previsti e negatività dei metaboliti urinari fra il 50% ed il 100% Insuccesso: adesione tra il 20% ed il 50% degli appuntamenti previsti e positività dei metaboliti urinari</p>
Metadone lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (ML2)	<p>Paziente con scarse risorse personali, familiari e/o relazionali e che presenta uno o più dei successivi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ripetuti Pgt falliti - elevata compulsività - grave comorbilità psichiatrica - gravi problemi dell'area sociale <p>Gruppo 6</p>	<p>Mantenimento dell'aggancio al servizio finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio e cura della eventuale comorbilità psichiatrica - promozione della motivazione al cambiamento - riduzione dei rischi socio-sanitari 	<p>Successo: adesione >50% degli appuntamenti previsti Insuccesso: adesione < del 50% degli accessi previsti</p>

procedura "STEPWISE" al fine di valutare le variabili che risultavano associate con l'esito in modo statisticamente significativo. Gli OR sono stati calcolati con un intervallo di confidenza del 95%.

Nello specifico sono stati studiati quali possibili determinanti dell'esito alcune variabili socio-anagrafiche: il genere, la condizione lavorativa, la condizione abitativa, il titolo di studio, ed altre quali la presenza di patologie familiari la condizione di sieropositività, la "frequenza dell'assunzione della sostanza", l'età di primo uso della sostanza.

Per quanto attiene al processo terapeutico sono stati valutati quali possibili determinanti dell'esito: l'"aggancio precoce" (il tempo intercorso tra il primo uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento, calcolato sottraendo all'età di primo trattamento, l'età di primo utilizzo della sostanza), il n. di precedenti trattamenti metadonici, precedenti ingressi in comunità terapeutica, il "tempo di ritenzione in trattamento" (durata del programma terapeutico). Sono state inoltre valutate anche variabili relative alla presenza di eventuali "denunce, condanne e carcerazioni" e "denunce per artt. 75 e 121".

Al fine di valutare la presenza di eventuali collinearità tra le diverse variabili sopramenzionate, quali determinanti dell'esito, sono stati utilizzati i coefficienti di correlazione di "Spearman".

Lo studio è di tipo osservazionale (studio di coorte storica) e l'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software STATA 8.

Risultati

Il campione utilizzato ai fini dello studio degli esiti dei trattamenti risulta costituito da 1592 "Trattamenti metadonici" somministrati a 6 diverse tipologie di pazienti: alta evolutività/metadone a medio termine volto alla valutazione e stabilizzazione del sintomo tossicomane (n=147), alta evolutività/metadone a lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (n=479), alta evolutività/metadone a lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (n=186), bassa evolutività/metadone a medio termine volto all'aggancio prolungato al servizio" (n= 220), bassa evolutività/metadone a lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (n=132), bassa evolutività/metadone a lungo termine con obiettivi minimi, volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo" (n=428).

Nelle tabelle 3-4-5-6 vengono riportate le caratteristiche demografiche e cliniche dei 6 gruppi di pazienti diagnosticati in posizione di alta o bassa evolutività, a loro volta suddivisi nelle diverse tipologie di trattamenti metadonici ed i risultati emersi dai modello di regressione logistica: sono stati riportati unicamente i valori degli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo.

Da rilevare che l'elevata numerosità di variabili che si vogliono testare quali determinanti dell'esito all'interno del modello di regressione unita, in alcuni casi, ad una numerosità del campione non troppo elevata ha dato spesso origine a stime

Tab. 3 - Caratteristiche demografiche/cliniche dei pazienti in "Alta evolutività" e risultati emersi dai modelli di regressione logistica

ALTA EVOLUTIVITÀ	Metadone medio termine per stabilizzazione del sintomo tossicomane (MM1) Gruppo 1				Metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (ML1) Gruppo 2				Metadone lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (ML2) Gruppo 3			
	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC
Anagrafica												
Sesso												
Maschi	141	96			388	81			139	75	1	
Femmine	6	4			91	19			47	25	0,13	0,02-0,75
Età classi												
≤ 28	51	35			125	26			38	20	1	
29-33	42	29			116	24			35	19	0,15	0,04-0,57
34-38	33	22			101	22			47	25		
≥ 39	21	14			137	29			66	35		
Situazione giuridica												
Segnalazioni art. 75/121												
Nessuna segnalazione	69	47	1		263	55			68	36		
1-2 segnalazioni	75	51	0,04	0,01-0,21	174	36			86	46		
≥ 3 segnalazioni	3	2			42	9			32	17		
Prec. den/cond/carcerazioni												
Assenti	84	57	1		396	83	1		126	68	1	
Presenti	63	43	3,76	1,44-9,81	83	17	0,31	0,12-0,77	60	32	0,11	0,02-0,54
Trattamenti												
Precedenti trattamenti metadonici												
1-6 trattamenti	108	73			447	93			166	89		
≥ 7 trattamenti	39	27			32	7			20	11		
Tempo di ritenzione in trattamento												
≤ 3 anni	42	29			80	17	1		25	13	1	
4-6 anni	78	53			275	57	5,6	2,34-13,56	88	47	0,06	0,01-0,53
7-9 anni	6	4			71	15			30	16		
Oltre 9 anni	21	14			53	11			43	23		
Precedenti ingressi in comunità terapeutica												
No	63	43			268	56			73	39		
Sì	84	57			211	44			113	61		

* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo

con intervalli di confidenza abbastanza ampi; da evidenziare però che, seppure ciò abbia ovviamente portato a delle difficoltà in termini di precisione delle stime, è risultato elevato il numero di variabili che possono essere considerate associate all'esito.

Si evidenzia inoltre, che i coefficienti di correlazione tra tutte le variabili, considerate quali possibili determinanti dell'esito, sono risultati tutti statisticamente non significativi.

I risultati emersi (tabelle 3 e 4) dai modelli di regressione logistica applicati ai gruppi di pazienti rilevati in condizione di "alta evolutività" evidenziano quanto segue: per quanto attiene al Gruppo 1 si evidenziano quali determinanti dell'esito le "precedenti denunce, condanne e periodi di reclusione a carico del paziente", "l'età di primo uso della sostanza", "il tempo intercorso tra il 1° uso della sostanza e la prima richiesta di aiuto ad un servizio per le tossicodipendenze", "le segnalazioni per artt. 75/121" (uso o possesso di sostanze stupefacenti) e la "condizione di sieropositività". In particolare, la probabilità di successo che aumenta di ca. il 17% all'aumentare di un anno dell'età di primo uso delle sostanze, arriva quasi a quadruplicarsi per i pazienti che risultano avere avuto precedenti problemi con la giustizia; le pro-

babilità di un esito positivo tendono invece a diminuire tra i tossicodipendenti che risultano segnalati 1 o 2 volte da parte delle forze dell'ordine (OR=0.04) rispetto a quelli mai segnalati, che vengono rilevati in condizione di sieropositività per l'HIV (OR=0.2) e nei casi in cui il tempo intercorso tra il 1° uso della sostanza e la prima richiesta di aiuto ad un servizio per le tossicodipendenze si sia allungato di un anno (OR=0.9).

Per il Gruppo 2 risultano determinanti dell'esito, così come rilevato nel Gruppo 1, il "tempo intercorso tra il 1° uso della sostanza e la prima richiesta di aiuto ad un servizio per le tossicodipendenze" e le "precedenti denunce condanne e carcerazioni": se nel primo caso, così come rilevato nel Gruppo 1, all'allungarsi di un anno, di tale tempo, diminuisce la probabilità di successo (0.89), nel secondo caso, a differenza di quanto evidenziato sempre nel precedente gruppo, i pazienti che hanno avuto o hanno problemi con la giustizia, hanno anche minore probabilità (OR=0.31) di raggiungere un esito positivo del trattamento. Da rilevare inoltre, in tale gruppo di pazienti, che una più bassa frequenza nell'assunzione della sostanza "1 volta a settimana/non assume nell'ultimo mese" ed un periodo di ritenzione in trattamento più lungo "4-6 anni", fanno aumentare la proba-

Tab. 4 - Caratteristiche demografiche/cliniche dei pazienti in "Alta evolutività" e risultati emersi dai modelli di regressione logistica

ALTA EVOLUTIVITÀ	Metadone medio termine per stabilizzazione del sintomo tossicomane (MM1) Gruppo 1				Metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (ML1) Gruppo 2				Metadone lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (ML2) Gruppo 3			
	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC
Storico												
<i>Scolarità</i>												
Dell'obbligo	123	84			328	68			12	65		
Oltre l'obbligo	24	16			151	32			66	35		
<i>Occupazione</i>												
Disoccupato/sottoccupato	72	49			149	32			80	43		
Occupato	75	51			320	68			104	57		
<i>Convivenza</i>												
Genitori/partner	75	51			251	52			100	54		
Solo	36	24			62	13			31	16		
Altro	36	24			166	34			55	30		
<i>Sieropositivo per HIV</i>												
No	135	92	1		441	92			137	74		
Sì	12	8	0,02	0,01-0,15	38	8			49	26		
<i>Patologie familiari (dist. mentali/ uso-abuso sost.)</i>												
Assenti	78	57			233	59			105	61		
Presenti	60	43			162	41			68	39		
<i>Poliabuso</i>												
No	96	65			237	50			71	38		
Sì	51	35			242	50			115	62		
<i>Frequenza assunzione</i>												
Quot./2-6 gg. a settimana	96	65			197	42	1		77	41		
1 v. a sett./non ass. in ultimo mese	51	35			276	58	3,5	1,8-6,9	109	59		
	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>Or*</i>	<i>IC</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>OR*</i>	<i>IC</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>OR*</i>	<i>IC</i>
	Mediana				Mediana				Mediana			
<i>Età primo uso della sostanza</i>	20 (19)	4,7	1,2	1,1-1,30	20 (18)	4,7			19 (19)	3,5		
<i>Anni interc. tra 1° uso e 1° rich. aiuto al Ser.T.</i>	7 (5)	5,6	0,9	0,81-0,99	7 (5)	5,1	0,89	0,82-0,96	7 (5)	6,5	0,92	0,84-0,99

* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo

bilità di successo dell'intervento metadonico, rispettivamente di 3 e quasi 6 volte.

Nel Gruppo 3 così come evidenziato nel Gruppo 2, la presenza di precedenti denunce condanne e carcerazioni e l'aumentare del tempo intercorso tra il primo uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento tendono entrambi a far diminuire la probabilità di successo (rispettivamente OR=0.11 e OR=0.92). Per quanto attiene invece al tempo di ritenzione in trattamento, a differenza di quanto rilevato nel Gruppo 2, i pazienti restati più a lungo all'interno di un programma terapeutico (4-6 aa.) presentano una minore probabilità (OR= 0.06) di esito positivo rispetto a quelli che ci sono stati per un periodo inferiore ai 3 anni. Da rilevare inoltre come l'appartenenza al sesso maschile ed una età inferiore ai 28 aa. facciano aumentare la probabilità di successo di ca. 7 volte.

Nelle tabelle 5-6 sono riportati i risultati emersi dai modelli di regressione logistica applicati ai gruppi di pazienti rilevati in condizione di "bassa evolutività" ai quali è stato somministrato un trattamento "metadonico a medio termine volto all'aggancio al servizio" (Gruppo 4), "bassa evolutività" con somministrazione di un trattamento "metadonico a lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free" (Gruppo 5), "bassa evolutività" con somministrazione di "metadone a lungo termine

volto alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi" (Gruppo 6). In tutti e tre i gruppi, della bassa evolutività, la presenza di un numero di precedenti trattamenti metadonici superiore a 7 risulta predittivo di una minore probabilità di successo del trattamento con OR=0.39 per il Gruppo 4, OR=0.12 per il Gruppo 5 e OR=0.27 per il Gruppo 6. Nel caso dei pazienti sottoposti a "metadone a medio termine volto all'aggancio al servizio" (Gruppo 4), quelli trattati per periodi più lunghi, che vanno dai 7 ai 9 anni (rispetto a quelli trattati per periodi inferiori ai 3 anni), e per cui risulta rilevata la presenza di patologie familiari caratterizzate da disturbi mentali ed abuso di sostanze mostrano una minore probabilità di successo degli interventi (rispettivamente OR= 0.29 ed OR=0.61).

Il Gruppo 5 (bassa evolutività/metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free) si caratterizza per una maggiore probabilità di successo raggiunto dai pazienti che hanno iniziato ad usare le sostanze più avanti negli anni (OR=2.1), che hanno una occupazione (OR=5.09) rispetto ai disoccupati/sottoccupati e che risultano avere tra 1 e 2 segnalazioni per artt. 75/121 (OR=4.2) rispetto a quelli che non ne hanno mai ricevute.

Tab. 5 - Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti in "Bassa evolutività" e risultati emersi dai modelli di regressione logistica

BASSA EVOLUTIVITÀ	Metadone medio termine per stabilizzazione del sintomo tossicomane (MM1) Gruppo 4				Metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (ML1) Gruppo 5				Metadone lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (ML2) Gruppo 6			
	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC
Anagrafica												
Sesso												
Maschi	16	73			96	73			350	82	1	
Femmine	60	27			36	27			78	18	0,49	0,27-0,89
Età classi												
≤ 28	28	13			28	21			81	19		
29-33	48	22			52	39			120	28		
34-38	84	38			28	21			103	24		
≥ 39	60	27			24	18			124	29		
Situazione giuridica												
Segnalazioni art. 75/121												
Nessuna segnalazione	148	67			44	33	1		198	46		
1-2 segnalazioni	64	29			76	58	4,2	1,11-15,09	150	35		
≥ 3 segnalazioni	8	4			12	9			80	19		
Prec. den/cond/carcerazioni												
Assenti	124	56			68	52			247	58	1	
Presenti	96	44			64	48			181	42	0,32	0,17-0,62
Trattamenti												
Precedenti trattamenti metadonici												
1-6 trattamenti	184	84	1		116	88	1		359	84	1	
≥ 7 trattamenti	36	16	0,39	0,26-0,82	16	12	0,12	0,03-0,49	69	16	0,27	0,14-0,53
Tempo di ritenzione in trattamento												
≤ 3 anni	60	27	1		24	18			65	15		
4-6 anni	100	45	1,5	0,86-4,65	56	42			221	52		
7-9 anni	16	7	0,29	0,10-0,82	16	12			47	11		
Oltre 9 anni	44	20			36	27			95	22		
Precedenti ingressi in comunità terapeutica												
No	152	69			40	30			208	49		
Sì	68	31			92	70			220	51		

* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo

Per quanto attiene infine all'ultimo gruppo di pazienti (*Gruppo 6*) i risultati dell'analisi evidenziano una minore probabilità di esito positivo del trattamento all'aumentare di un anno (OR=0.94) del tempo intercorso tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ad un servizio per le tossicodipendenze, tra le femmine (OR=0.49) rispetto ai maschi e tra coloro che hanno avuto problemi con la giustizia (OR=0.32) vs pazienti che non ne hanno avuti.

Discussione

Alcuni studi, effettuati in ambito europeo ed americano hanno fatto riferimento alla possibilità di indagare i risultati intermedi dei trattamenti per le tossicodipendenze, attraverso l'utilizzo di obiettivi ed indicatori di esito intermedi; tale metodologia non risulta però ancora messa a regime nell'ambito della valutazione di una specifica tipologia di trattamento che è quello farmacologico con metadone.

Il presente studio, effettuato presso il servizio delle tossicodipendenze della città di Trento, ha costituito pertanto un primo

tentativo in tal senso; trattandosi però di uno studio di valutazione di esiti intermedi piuttosto che globali va ricordato che qualsiasi confronto con precedenti studi deve tenere conto di tale specifica iniziale.

Alla luce di quanto sopra detto, un confronto effettuato con i risultati degli studi di Hser Y., di StarK M.J. e Ward J. in base ai quali, in alcuni casi, un numero elevato di precedenti trattamenti metadonici (Hser Y. *et al.*) determina una minore probabilità di "successo" dell'attuale trattamento, viene confermata anche tramite questo studio; tale risultato viene rilevato però, unicamente all'interno del gruppo di pazienti classificati in condizione di bassa evolutività futura delle condizioni di astinente, probabilmente perché meno motivati a modificare la propria condizione. In tale studio non risulta confermata invece, per nessuno degli altri 5 gruppi di pazienti considerati, una associazione statisticamente significativa tra un numero elevato (≥ 7) di precedenti trattamenti metadonici ed un aumento della probabilità di esito positivo del trattamento oggetto dello studio.

Controversa risulta invece la questione relativa al tempo di ritenzione in trattamento, gli studi condotti da StarK M.J. e Ward hanno evidenziato una maggiore probabilità di raggiungere con-

Tab. 6 - Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti in "Bassa evolutività" e risultati emersi dai modelli di regressione logistica

BASSA EVOLUTIVITÀ	Metadone medio termine per stabilizzazione del sintomo tossicomane (MM1) Gruppo 4				Metadone lungo termine volto al cambiamento e ad una situazione drug free (ML1) Gruppo 5				Metadone lungo termine volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi (ML2) Gruppo 6			
	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC	N	%	OR*	IC
Storico												
<i>Scolarità</i>												
Dell'obbligo	192	87			88	67			315	74		
Oltre l'obbligo	28	13			44	33			110	26		
<i>Occupazione</i>												
Disoccupato/sottoccupato	112	52			44	33	1		247	58		
Occupato	104	48			88	67	5,09	1,46-17,77	179	42		
<i>Convivenza</i>												
Genitori/partner	100	45			76	58			218	51		
Solo	52	24			44	33			77	18		
Altro	68	31			12	9			133	31		
<i>Sieropositivo per HIV</i>												
No	208	95			128	97			383	89		
Sì	12	5			4	3			45	11		
<i>Patologie familiari (dist. mentali/ uso-abuso sost.)</i>												
Assenti	96	47	1		64	50			219	58		
Presenti	108	53	0,61	0,31-0,81	64	50			161	42		
<i>Poliabuso</i>												
No	56	25			40	30			185	43		
Sì	164	75			92	70			243	57		
<i>Frequenza assunzione</i>												
Quot./2-6 gg. a settimana	140	65			48	36			262	61		
1 v. a sett./non ass. in ultimo mese	76	35			84	64			166	39		
	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>Or*</i>	<i>IC</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>OR*</i>	<i>IC</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>OR*</i>	<i>IC</i>
	Mediana				Mediana				Mediana			
<i>Età primo uso della sostanza</i>	20 (19)	4,9	1,2	1,1-1,30	18 (17)	4			19 (18)	3,6		
<i>Anni interc. tra 1° uso e 1° rich. aiuto al Ser.T.</i>	9 (8)	6	0,9	0,81-0,99	6 (5)	3,4	0,89	0,82-0,96	8 (6)	6,3	0,92	0,84-0,99

* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo

dizioni di astinenza dall'uso di eroina, in pazienti restati più a lungo in trattamento. All'interno del presente studio si evidenziano invece delle differenze rilevate in base alle caratteristiche iniziali dei pazienti che hanno portato ad una loro classificazione nei 6 gruppi. I risultati degli studi di StarK e Ward risultano confermati solo nel caso di pazienti classificati in condizione di alta evolutività e con risorse personali, familiari e/o relazionali che fanno presumibilmente prevedere un possibile cambiamento futuro (Gruppo 2); per quanto attiene invece agli altri gruppi studiati o non si evidenziano associazioni statisticamente significative (Gruppi 1, 5 e 6) oppure la probabilità di esito positivo tende a diminuire con l'aumentare del tempo di ritenzione in trattamento, Gruppi 3 e 4 caratterizzati dalla presenza di pazienti con scarse risorse personali, familiari e/o relazionali. Non vanno comunque trascurati alcuni limiti dello studio: se da un lato è stato importante iniziare a ragionare su un tipo di valu-

tazione degli esiti incentrata su "obiettivi ed indicatori di esito intermedio" stabiliti in base ad una classificazione dei pazienti in specifiche categorie, d'altra parte è altrettanto importante ricordare che proprio perché si tratta di un primo tentativo, tale procedura risulta ulteriormente perfezionabile.

Il fatto che ad esempio le donne assegnate ai 2 gruppi di alta e bassa evolutività con somministrazione di un "trattamento metadonico volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo con obiettivi minimi" (Gruppi 3 e 6) siano in entrambi i casi state rilevate in condizione di minore probabilità di raggiungere un esito positivo del trattamento, rispetto agli uomini, fa riflettere attorno alla necessità di creare un ulteriore gruppo e quindi tipologia di tossicodipendenti che meglio si adatti alle condizioni iniziali di tali pazienti che in alcuni casi potrebbero presentare patologie più gravi rispetto a quelle dei maschi e richiedere dunque interventi più mirati alle loro specifiche condizioni.

Bibliografia

- [1] Simpson D.D., Friend H.J. (1988), "Legal status and long-term outcomes for addicts in the DARP followup project", *NIDA Res Monogr.*, 86:81-98.
- [2] Sells S.B., Simpson D.D. (1980), "The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program", *Br J Addict.*, Jun, 75(2):117-31.
- [3] Simpson D., Brown B. (eds.) (1999), "Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS", *Drug and Alcohol Dependence*.
- [4] Simpson D., Curry S. (eds.) (1997), "Special issue: Drug abuse treatment outcome study (DATOS)", *Psychology of addictive behaviors*.
- [5] Simpson D.D. (2001), "Modelling treatment process and outcomes", *Addiction*, 96:207-211.
- [6] Ashton M. (1999), "TORS", *Drug and alcohol findings*, 2:16-22.
- [7] Hser Y. et al. (2000), "Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS", *Drug and Alcohol Dependence*, 57:137-150.
- [8] Powers K.I., Anglin M.D. (1998), "A differential assessment of the cumulative versus stabilizing effect of methadone maintenance treatment", *DATOS Eval Rev*, Apr, 22(2):175-206.
- [9] Stark M.J. (1998), "Dropping out of substance abuse treatment. A clinically oriented review", *Clin. Psych. Rev.*, 12:93-116.
- [10] Ward J. et al. (1999), "How long is long enough? Answer to question about the duration of methadone maintenance treatment", in *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Harwood Academic Publishers, pp. 305-336.
- [11] McLellan A.T., McKay J.R., Forman R., Cacciola J., Kemp J., *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring*.
- [12] Joe G.W., Broome K.M., Rowan-Szal G.A. (2002), "Measuring patient attributes and engagement in treatment", *J Subst Abuse Treat*, Jun, 22(4):183-96.
- [13] Broome K.M., Knight K., Hiller M.L. (1997), "Drug treatment process indicators for probationers and prediction of recidivism", *J Subst Abuse Treat*, Nov-Dec, 13(6):487-91.
- [14] Broome K.M. (1999), "Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process", *Addiction*, Aug, 97(8):1177-90.
- [15] Joe G.W., Simpson D.D., Greener J.M., Rowan-Szal G.A. (2004), "Development and validation of a Client Problem Profile and Index for drug treatment", *Psychol Rep.*, Aug, 95(1):215-34.
- [16] Joe G.W., Simpson D.D., Broome K.M., *Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process*.
- [17] Uchtenhagen A., *Criteri qualitativi nei servizi per il trattamento della tossicodipendenza (il caso della Svizzera 1999)*.
- [18] Di Clemente C.C. (1994), "The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

NOTIZIE IN BREVE

Il collega Luigi Olini dal Congresso Regionale FeDerSerD Regione Lazio Roma 28-29 settembre 2006

ER CONGRESSO

OGGI CHE DOPO ER PRANZO, A VENTUN'ORA
QUANDO LA PANZA STA 'LUA DIGESTIONE,
TROVASSE A STO CONGRESSO N'DER SALONE
SOLO DDIO SA SI E' ME'JO SORTI' FFORA ...


SI L'ARGOMENTO E' BBONO, FA 'NTERESSE
E 'R PROFESORE E' CCHIARO, SE PO' AREGGE ...
MA SI SSE PARLA SOLO DE SCORREGGE
CHE FFAI A SENTI' STE DDU' PAROLE FESSE?

TE GGIRI SU LA SEDIA, T'ARIVORTI
NA VOTA, DDUE, DDISTENNI N'PO' NA COSSA
E 'R CULO T'ABBISBIJA "GIGGI, SORTI!"

A ST'ORA STO CONGRESSO ROMPE L'OSSA,
LI GUARDO E VEDO CHE SO' TUTTI MORTI ...

"SI BBONO, A PROFESSO'! ... DATE NA' MOSSA!"

Roma 28/09/06
ORR 15,30 CIRCA ...



DIMMISSIONE VOLONTARIA DAR CENTRO ARCOLOGICO

CHE?! SO' ARCOLISTA IO? CHE CACCHIO DICI?
E' TTRAPPO LA MME SCOLO DDU' "FOJLETTE"?
VINO SSINCERO! BBONO! POI, VOI METTE
CH'E' VINO DE BBARBERA E MNO' DE FICHI?

VADO A TTENTONI? TREMENO LE MANO?
EBBE'... SO LLI STRAPAZZI DER LAVORO ...
MA BVANNO BBEVO N'PO' DE SUCCO D'ORO
VADO, PEDDIO, SPEDITO, SANO-SANO!

CHE C'HO DA FA'? R' COLLOQUIO COR DOTTORE?
HA DA VEDE' SI SSO' SOBBRIO O 'NBRIACO?
DE CHE? C'AUENO DA PARLA' N' PAR D'ORE?

SENTI, A NINE', CH'HO DA PARTI' A SUBBIACO
PE' NA' COSETTA CHE ME STA PRIU' A CCORE:
VO' A VUENDEMMIA', DE ST'ANTRO NUN ME CACO!

Roma, 29/09/06



Organizzazione di un Ser.T. in una logica aziendale: i progetti terapeutici per obiettivi con indicatori di risultati

*Raffaele Lovaste**, *Roberta Ferrucci***, *Iva Vedovelli****,
*Erna Savoi*****, *Stefania Calmasini******

1. Premessa - La logica nella valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze

Uno dei criteri di qualità di un'organizzazione sta nella capacità di "rendere conto" su quello che si fa, ovvero sul prodotto realizzato, sia ai fruitori esterni (clienti, utenti, pazienti) sia alle strutture sovrapposte deputate all'allocazione delle risorse.

Per "rendere conto" è necessario definire preventivamente con i soggetti che si rapportano in vario modo all'organizzazione i seguenti aspetti: la titolarità a richiedere informazioni, la tipologia di informazione necessaria, gli indicatori che verranno utilizzati e gli standard di riferimento.

Per quanto riguarda la titolarità a richiede informazioni e la tipologia delle stesse, è necessario premettere che la valutazione è sostanzialmente lo strumento che consente al "decision making" di governare il sistema orientandolo verso il punto di migliore equilibrio (massimi risultati ai minimi costi possibili) non solo inteso da un punto di vista economico; ad esempio quanto costa al paziente in termini di sofferenza emotiva il cambiamento che gli proponiamo di attuare?

Il decision making varia a seconda dei punti di vista da cui si osserva il sistema: in primo luogo l'utilizzatore della struttura (cliente, utente, paziente) che ha bisogno di sapere cosa gli viene proposto, se è utile per il suo problema e cosa comporta per lui in termini di impegno e/o rinuncia; il professionista che ha bisogno di sapere se quanto realizza è realmente efficace rispetto al problema di cui è stato investito e se rispetta i criteri di efficienza produttiva; il responsabile della struttura organizzativa che ha bisogno di sapere se il livello di efficienza produttiva ed allocativa raggiunto è compatibile con gli obiettivi assegnati, se il prodotto realizzato risponde ai bisogni ipotizzati o individuati nel territorio di competenza e quali variazioni in termine di patologia evitata e/o di salute aggiunta l'organizzazione è riuscita ad ottenere; il top management aziendale che ha bisogno di sapere se le risorse allocate sono compatibili con il budget complessivo della azienda (USL) e con il mandato politico ricevuto; ed infine il decisore politico, responsabile delle linee strategiche complessive di tutta l'organizzazione sanitaria, ha bisogno di sapere se la strada scelta è utile alla comunità e... alla sua carriera politica.

In definitiva i soggetti titolati ad interrogare un'organizzazione sono diversi, il fabbisogno informativo variegato e le valutazioni multiple.

Per valutare è necessario costruire degli indicatori che rappresentano il fenomeno. Gli indicatori per essere validi necessitano di almeno due caratteristiche:

- la semplicità, ovvero le risorse necessarie per la loro raccolta ed elaborazione devono essere trascurabili rispetto a quelle necessarie per la realizzazione del prodotto che hanno la pretesa di misurare;
- corrispondenti, ovvero in grado di visualizzare il prodotto specifico.

Gli indicatori non possono avere la pretesa di rappresentare tutte le sfaccettature di un prodotto spesso documentano solo quegli aspetti di facile misurazione che comunque fanno parte e sono considerati rappresentativi del prodotto. È possibile quindi che una caratteristica importante di un prodotto non venga misurata se di difficile rappresentazione in un indicatore e si decida di visualizzare lo stesso attraverso un altro aspetto, forse meno importante, per il quale però è più facile individuare un indicatore appropriato.

Per uno stesso prodotto inoltre, gli indicatori possono variare a seconda del fabbisogno informativo che si vuole soddisfare. Ad esempio per il prodotto "trattamento farmacologico sostitutivo" se il fabbisogno informativo è la valutazione dell'efficienza produttiva l'indicatore sarà il numero di interventi per unità equivalenti di personale specifico; se è la corretta compilazione della griglia di rilevamento dati a fini statistici l'indicatore sarà la percentuale di items compilati correttamente, se è la valutazione d'esito, ovviamente questi indicatori non sono corrispondenti in quanto non danno nessuna informazione al riguardo e sarà quindi necessario concordarne di diversi. L'esempio fornisce anche un'ulteriore evidenza: per alcune necessità informative è più facile individuare gli indicatori per altre il lavoro diventa più difficile ma non impossibile.

Alcune considerazioni sul significato di un processo valutativo:

- le valutazioni non servono per dividere i buoni dai cattivi;
- le valutazioni non servono per individuare un colpevole;
- le valutazioni servono per capire che cosa si può e si deve cambiare per migliorare il prodotto;
- Le valutazioni sono quindi uno strumento di lavoro utile per il miglioramento continuo della qualità (della struttura, dei professionisti, del prodotto, della rete ecc.).

I sistemi di valutazione devono essere intesi quindi come processi per individuare e risolvere problemi non per individuare ed imputare colpe.

Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i tossicodipendenti però, come per qualsiasi altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso a modificare comportamenti e stili di vita, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati riscontrati infatti, molto spesso, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili ambientali.

Alla luce di quanto sopra è chiaro che, nella valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze, non possiamo applicare la stessa metodologia che utilizziamo per documentare l'efficacia di un determinato farmaco in una specifica patologia, situazione in cui, il rapporto causa effetto, è chiaro.

* *Direttore Ser.T. di Trento.*

** *Dirigente medico Ser.T. di Trento.*

*** *Dirigente psicologo Ser.T. di Trento.*

**** *Infermiere Professionale Ser.T. di Trento.*

***** *Assistente Sociale Ser.T. di Trento.*

La particolarità di questo settore impone di separare l'esito specifico di un determinato intervento d'area, ad esempio una terapia farmacologica, una psicoterapia o un inserimento lavorativo, in cui più evidente può essere il rapporto causa effetto, dall'esito globale del progetto terapeutico dato dall'integrazione, sovrapposizione o successione di più interventi specialistici.

Il progetto terapeutico complessivo allora deve essere inteso come uno specchio dello stadio del cambiamento che servizio e utente insieme hanno raggiunto in un determinato contesto ambientale.

Un progetto terapeutico se pre concordato con l'utente rispetto agli obiettivi che intende raggiungere, si può valutare anche se deve rimanere sempre presente nella mente di tutti gli attori coinvolti che numerosi fattori esterni non governabili ne possono modificare l'esito a prescindere dagli interventi specialistici attuati e dal loro specifico esito.

Con questo studio si vuole presentare un'esperienza che stiamo portando avanti da qualche tempo presso i Ser.T. del Trentino: la definizione dei progetti terapeutici d'equipe in funzione degli obiettivi che si propongono di conseguire e gli indicatori d'esito scelti.

1.1. Elementi di organizzazione

I Ser.T., sono organizzazioni socio-sanitarie di assistenza ai tossicodipendenti: hanno quindi a disposizione risorse definite (input) che, elaborate con l'immissione del valore aggiunto, dato dal "know how" del servizio (processi), producono interventi che, si concretizzano nei progetti terapeutici (output).

I progetti terapeutici sono proposti all'utenza che afferisce e: la risultante fra il progetto terapeutico proposto, il paziente e la realtà socio culturale in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico (outcome).

Date queste premesse, ne consegue che uno stesso progetto terapeutico presentato a soggetti diversi produce outcome differenti e lo stesso servizio dislocato in ambienti socio culturali diversi produce outcome differenti.

Nel nostro modello, la griglia per la valutazione dell'outcome, nel tentativo di ridurre al massimo l'interferenza dei fattori esterni interferenti e non controllabili, prevede l'analisi delle seguenti variabili:

- il prodotto offerto, ovvero le tipologie dei progetti terapeutici erogati;
- gli obiettivi che il singolo progetto terapeutico si propone di raggiungere;
- le caratteristiche del servizio erogante;
- la tipologia di utenza a cui è rivolto il progetto terapeutico;
- le caratteristiche culturali e politiche della realtà in cui opera.

Nelle "caratteristiche culturali e politiche" sono compresi tutti i riferimenti legislativi, strutturali ed organizzativi che caratterizzano la struttura che eroga i progetti terapeutici e la realtà in cui opera.

1.2. Struttura del prodotto

1.2.1. Le prestazioni

Per la comprensione degli indicatori di seguito riportati si premette che le *prestazioni* sono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga, individuate e codificate secondo le indicazioni Sesit e realizzate secondo i dettami dell'evidence based medicine e per *intervento d'area* (PAS programma assistenziale specifico secondo il Sesit) si intende invece un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso. Un insieme coordinato di interventi d'area finalizzati ad un unico obiettivo costituisce il *progetto terapeutico complessivo* (PAG programma assistenziale generale secondo Sesit).

Tutte le prestazioni sono state codificate ed è stato predisposto un sistema informativo (Ippocrate) che consente, a ciascun operatore, di registrare in tempo reale, sul record individuale del paziente, la prestazione fornita, il relativo commento esplicativo ed il tempo richiesto per la sua realizzazione e registrazione.

Il sistema informativo Ippocrate consente, in tempo reale, di conoscere il numero, la tipologia della prestazione ed il tempo dedicato suddiviso per figura professionale, operatore e/o utente nell'intervallo di date richieste.

Parallelamente è stata elaborata la procedura per il controllo di gestione finalizzato: al miglioramento continuo della qualità in termini di efficienza produttiva ed all'implementazione di uno strumento, in mano al singolo professionista "proprietario" dell'intervento terapeutico in essere nei confronti del paziente, per monitorare costantemente gli interventi specialistici in corso e sapere se è necessario apportare aggiustamenti al suo lavoro.

Per quanto riguarda la definizione delle prestazioni erogate e degli indicatori scelti per misurare l'efficienza produttiva ed allocativa si fa riferimento al lavoro "Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, n. 17, anno 2006, pp. 45-64.

1.2.2. Gli interventi d'area

Come detto precedentemente, un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso con il paziente, costituisce un intervento d'area.

Nel Ser.T., che per definizione è un servizio multi disciplinare, avremo allora interventi d'area psicologica, sociale e sanitaria.

Area psicologica	Area sociale
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accoglienza e valutazione psicologica 2. Sostegno psicologico individuale 3. Sostegno psicologico familiare 4. Sostegno psicologico di coppia 5. Sostegno psicologico di gruppo 6. Psicoterapia individuale 7. Psicoterapia familiare 8. Psicoterapia di coppia 9. Psicoterapia di gruppo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione e follow up inserimento lavorativo 2. Definizione e follow up inserimento in C.T. 3. Definizione e follow up detenzione 4. Definizione e follow up art. 75 e 121 5. Accoglienza e valutazione sociale 6. Sostegno sociale individuale 7. Sostegno sociale familiare 8. Sostegno sociale di coppia 9. Sostegno sociale di gruppo 10. Definizione e follow up misure alternative alla detenzione

Identificare gli obiettivi specifici e i criteri di valutazione dei risultati negli interventi d'area psico sociale è risultato difficile perché molte sono le variabili che entrano in gioco. Per ovviare parzialmente a queste difficoltà si è pensato di individuare dei

fattori prognostici da ricercare, in ogni singolo paziente, prima e dopo l'intervento d'area.

Naturalmente riconosciamo che questo strumento è grossolano e necessiterà in futuro di un ulteriore approfondimento.

Fattori prognostici di compliance ad un progetto terapeutico

Area psicologica Capacità di riconoscere il disagio Capacità di problematizzare/scomporre il disagio Capacità di ipotizzare un cambiamento della risposta adottata a difesa Capacità di percorrere un percorso di cambiamento Capacità di gestire le eventuali ricadute in senso evolutivo	Area sociale Stabilità familiare Stabilità affettiva Stabilità relazionale Stabilità lavorativa Capacità di gestire eventuali costrizioni giudiziarie
--	---

Se a seguito della valutazione clinica, eventualmente supportata da tutti gli approfondimenti testistici ritenuti utili l'operatore che effettua l'intervento d'area, ci sono stati significativi miglioramenti di uno o più fattori prognostici verrà assegnato all'intervento specialistico in oggetto l'esito di successo, successo parziale o insuccesso. Le motivazioni che hanno portato al giudizio sintetico espresso vengono discusse nelle riunioni d'equipe e riportate nella cartella clinica del paziente. Riteniamo infatti che l'analisi a posteriori delle cartelle cliniche, se correttamente compilate, sia estremamente

utile per un miglioramento continuo della qualità degli interventi. Naturalmente questo lavoro di analisi può essere fatto dal professionista in qualsiasi momento in quanto il sistema informativo gli consente di sapere in tempo reale quanti e quali interventi specialistici ha in atto e qual è la finalità programmata per ciascuno di essi.

Per quanto riguarda l'area sanitaria è stato più facile concordare con i professionisti gli obiettivi specifici per ogni singolo intervento specialistico ed il relativo indicatore d'esito.

Area sanitaria

Intervento specialistico 1. MB1 (metadone a breve termine 1) 2. MB2 (metadone a breve termine 2) 3. MB3 (metadone a breve termine 3) 4. MM1 (metadone a medio termine 1) 5. MM2 (metadone a medio termine 2) 6. MM3 (metadone a medio termine 3) 7. ML1 (metadone a lungo termine 1) 8. ML2 (metadone a lungo termine 2) 9. ML3 (metadone a lungo termine 3) 10. BU1 Buprenorfina breve termine 11. BU2 Buprenorfina medio termine 12. BU3 Buprenorfina lungo termine 13. PF Terapia psico farmacologia 14. NAL Naltrexone 15. SS Sintomatici	Obiettivo finalizzato alla disintossicazione finalizzato a proseguimento pgt in C.T. finalizzato all'aggancio del paziente finalizzato alla stabilizzazione/valutazione finalizzato all'induzione cambiamento finalizzato all'aggancio prolungato finalizzato all'evoluzione in drug free finalizzato agli obiettivi di bassa evolutività finalizzato al monitoraggio della gravidanza finalizzato alla disintossicazione finalizzato alla stabilizzazione/valutazione finalizzato all'induzione del cambiamento finalizzato al contenimento di patologie psichiatriche associate finalizzato alla stabilizzazione del drug free finalizzato alla disintossicazione rapida
---	--

Il sistema informativo richiede obbligatoriamente, una volta concluso un intervento d'area medica di definire l'esito secondo tre opzioni. Successo, insuccesso o successo parziale. Per maggiori

dettagli a riguardo si rimanda ai protocolli d'intervento specifici per tipologia di trattamento sanitario e, a titolo d'esempio, si riporta quanto previsto per le terapie con metadone a medio termine.

Terapie "medio termine" (30-180 gg.)

Criteri di inclusione	Obiettivo	Indicatori
MM1 Pazienti che necessitano di una fase di valutazione prolungata	Valutazione medica e/o psico sociale che non sarebbe possibile senza la stabilizzazione del sintomo tossicomano	Successo processo valutativo eseguito Insuccesso processo valutativo non eseguito e/o incompleto
MM2 Pazienti che necessitano di un intervento farmacologico prolungato in previsione di una condizione di drug-free	Disintossicazione per prosecuzione in regime di drug-free e/o passaggio ad altro intervento farmacologico	Successo Negatività dei metabolici urinari nel 80% dopo 8 sett. Insuccesso Positività dei metabolici urinari > del 20%
MM3 Paziente che, malgrado il counseling, non accetta altri Pgt	Aggancio al servizio	Successo adesione > del 50% degli accessi previsti Insuccesso adesione < al 50% degli accessi previsti

Il sistema informativo Ippocrate consente di elaborare il numero, la tipologia e l'esito degli interventi d'area suddivisi per servizio, operatore e paziente in un dato intervallo di tempo.

La possibilità di monitorare in tempo reale quello che si sta facendo con il singolo paziente permette di ridefinire e/o modificare, se ritenuto necessario, l'intervento specialistico in atto e di riflettere se c'è coerenza con gli obiettivi dichiarati.

1.2.3. Criteri di qualità

I criteri di qualità definiscono le caratteristiche del servizio erogante e sono condizionate da una serie di variabili legate al tipo di organizzazione scelta ed alle caratteristiche sociali culturali e politiche della realtà in cui la struttura opera.

Interventi sanitari		
Requisito di qualità	Indicatore	Standard
1. Accessibilità	a) Orari di svolgimento delle prestazioni	Esistenza di fasce orarie notificate e rispettate almeno nell'80% dei casi Non superiori al 20%
	b) Reclami dei clienti	
2. Documentabilità	a) Scheda scritta	Nel 100% dei casi
	b) Leggibilità	Nel 100% dei casi
	c) Rintracciabilità	Nel 100% dei casi
3. Personalizzazione	a) Tempo per il paziente	Tempo della prestazione definito Equipe dedicata con registrazione delle decisioni concordate Nel 100% dei casi
	b) Interattività tra professionisti	
	c) Adeguato alla patologia	
Interventi psicologici		
Requisito di qualità	Indicatore	Standard
1. Definiti rispetto ad obiettivi	a) Predefinizione di un piano terapeutico	Almeno nel 90% dei casi
	b) Obiettivo concordato	Almeno 90% dei casi
	c) Previsione di verifica di congruità	Almeno nel 90% dei casi
2. Aumento di compliance	a) Riduzione di drop-out	Interruzioni in corso non superiori a 40% nei primi sei mesi
	b) Adesione agli appuntamenti programmati	Almeno nel 60%
	c) Casi in trattamento da 6 mesi	Rispettivamente 50%
3. Definiti rispetto al setting	a) Tempo/luogo/operatore	Almeno nel 90% dei casi
	b) Previsione dei tempi all'inizio	Almeno nel 90% dei casi
Interventi sociali		
Requisito di qualità	Indicatore	Standard
1. Definiti rispetto ad obiettivi	a) Protocolli operativi delle pratiche che il servizio offre	Almeno il 60% del lavoro deve rientrare nelle attività previste
	b) Semplicità della procedura burocratica	Realizzabile in 1-2 giorni
2. Connessione alla rete dei servizi	a) Esistenza di protocolli tra servizi	Almeno nel 60% dei casi
	b) Esistenza di momenti di valutazione collegiale	Almeno nel 60% dei casi
	c) Esistenza di griglie di valutazione dei risultati	Almeno nel 60% dei casi
3. Connessione con il progetto terapeutico	a) Verifiche con cadenze previste	Almeno nel 40% dei casi
	b) Grado di realizzazione del progetto terapeutico	Almeno nel 40%

Il controllo sulla corrispondenza fra l'erogato ed il dichiarato viene fatto con rilevazioni a campione ad intervalli di tempo variabili; particolare attenzione viene riservata ai reclami presentati dai pazienti.

1.2.4. I progetti terapeutici

In un approccio bio-psico-sociale della tossicodipendenza, la situazione ottimale vede operare congiuntamente ed integrati: gli interventi dei medici, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali e degli psicologi per cui, i singoli interventi d'area, devono essere amalgamati in un progetto complessivo

d'equipe in cui convergono le finalità dei singoli interventi d'area.

È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessario il contemporaneo intervento di tutte le figure professionali, in quanto non richiesto dal paziente o non ritenuto utile dall'equipe per raggiungere l'obiettivo definito e concordato con l'utente. Anche in questi casi però la responsabilità del progetto complessivo è dell'equipe multi disciplinare e deve essere definita nella riunione settimanale specificamente dedicata.

Affidare la titolarità di tutti i progetti terapeutici all'equipe multi disciplinare, anche quando, le singole professionalità,

non sono coinvolte direttamente sul caso è, a nostro parere uno strumento di tutela sia del paziente sia dell'operatore: riduce infatti la possibilità di "fughe terapeutiche" e di burn out.

Come accennato precedentemente uno stesso progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti sufficientemente omogenee.

La logica che abbiamo deciso di utilizzare si basa sulla motivazione al cambiamento e ci ha portato a suddividere l'utenza almeno in due tipologie:

- pazienti per i quali è ipotizzabile un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (Alta Evolutività);
- pazienti per i quali, al momento, non è perseguibile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (Bassa Evolutività).

Definizione e valutazione dei programmi terapeutici (PT)		
Obiettivo	Indicatore di risultato positivo	Indicatore di risultato negativo
Accoglienza valutazione. Si apre per tutti tre mesi i pazienti incidenti e/o rientranti per i quali non è ancora chiara la domanda o per i quali si rendono necessari ulteriori approfondimenti diagnostico-valutativi	Il paziente continua a frequentare il servizio	Il paziente frequenta il servizio da più di ma non evolve la domanda

Pazienti ad alta evolutività: per i quali cioè è ipotizzabile un cambiamento volontario della condizione tossicomane

Obiettivo	Indicatore di risultato positivo	Indicatore di risultato negativo
Stabilizzazione del sintomo. Si ritiene opportuno ricercare una stabilizzazione dell'uso di sostanze come condizione necessaria ad avviare un percorso di cambiamento	Almeno la riduzione del 50% dell'uso di sostanze	Non mantiene costantemente la riduzione dell'uso
Induzione del cambiamento. Si ritiene ci siano le condizioni per avviare fattivamente una fase di cambiamento volontario. Condizione indispensabile è l'accettazione da parte del paziente di un percorso di valutazione multiassiale in cui andranno identificati gli elementi problematici su cui l'equipe ed il paziente intendono lavorare e che andranno rivalutati alla conclusione del progetto terapeutico	Almeno la riduzione del 90% dell'uso di sostanze e l'attivazione di interventi integrati di valutazione del caso (fattori prognostici di area)	Non mantiene costantemente la riduzione dell'uso e non accetta gli interventi integrati
Gestione del cambiamento. Completata la fase valutativa multiassiale è in corso un programma condiviso finalizzato al superamento di specifici nodi problematici individuati nella valutazione multi disciplinare	Condizione di drug free e interventi integrati finalizzati al superamento dei fattori prognostici problematici individuati nella valutazione multi disciplinare	Non mantiene costantemente la condizione di drug free e non accetta gli interventi integrati
Gestione delle ricadute. Ripresa dell'uso di sostanze durante o dopo aver concluso il percorso terapeutico	Evoluzione più rapida delle fasi su indicate rispetto al precedente contatto	Non evolve verso fasi più impegnative

Pazienti a bassa evolutività: rientrano nella "bassa evolutività" i pazienti:

- in fase pre contemplativa o contemplativa, coloro cioè che non riconoscono di avere un problema e non intendono affrontarlo;

- con problemi psichiatrici associati tali da rendere non praticabile un percorso di cambiamento volontario;
- con problemi di personalità e/o sociali tali da rendere non praticabile un percorso di cambiamento volontario.

Obiettivo	Indicatore di risultato positivo	Indicatore di risultato negativo
Aumento della qualità della vita. Si individuano gli elementi personali di disagio sanitario e/o sociale e/o psicologico che si vogliono migliorare con l'intervento terapeutico	Migliorate le condizioni di disagio sanitario, sociale e/o psicologico	Assenza di indicatori di miglioramento
Riduzione delle attività illegali. Si individuano le situazioni anche potenzialmente illegali che si vogliono migliorare con l'intervento terapeutico	Riduzione/assenza di procedimenti giudiziari	Assenza di indicatori di miglioramento
Riduzione del rischio di overdose. Si individuano le motivazioni che rendono probabile un'overdose	Migliorato il controllo dell'uso di sostanze	Assenza di indicatori di miglioramento
Riduzione dei comportamenti a rischio. Si individuano i comportamenti che si vogliono migliorare	Stile di vita compatibile con il counseling sanitario	Assenza di indicatori di miglioramento
Aumento attività lavorativa. Si individuano le possibili risorse lavorative attivabili	Aumentate le giornate di lavoro	Assenza di indicatori di miglioramento

1.3. Conclusioni

Questo modello di valutazione dell'outcome è attivo dal 2001. Fino ad oggi ha portato sicuramente ad un aumento dell'attenzione, da parte di tutti i professionisti Ser.T., all'integrazione dei singoli interventi d'area nel progetto terapeutico complessivo proposto al paziente e, ad una maggiore chiarezza e definizione di che cosa si sta facendo o si vuole raggiungere con il progetto terapeutico in atto. Completata la raccolta dati di un quinquennio ci siamo posti l'obiettivo con il 2007 di analizzare i risultati per riflettere sulla validità di questo strumento.

Bibliografia

Lovaste R., Camin E., Lorenzin G., Guarrera G., Fontana F. (2006), "Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, 17:45-64.

Lovaste R., "Analisi e progettazione organizzativa di un servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, 14:6-24.

DiClemente C.C. (1993b), "Changing Addictive Behaviors: A process perspective", *Current Directions in Psychological Science*, 2:101-106.

DiClemente C.C., Carbonari J.P., Montgomery R.P.G., Hughes S.O. (1994), "The alcohol abstinence self-efficacy scale", *Journal of Studies on Alcohol*, in corso di stampa.

DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1985), "Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change", in Shiffman S., Wills T.A. (eds.), *Coping and Substance Abuse*, New York, Academic Press.

DiClemente C.C., Prochaska J.O., Fairhurst S.K., Velicer W.F., Velasquez M.M., Rossi J.S. (1991), "The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59:295-304.

Marlatt G.A., Gordon J.R. (eds.) (1985), *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*, New York, The Guilford Press.

Cheskin L.J., Fudala P.J., Johnson R.E. (1994), "A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids", *Drug & Alcohol Dependence*, 36(2):115-121. [1] [3]

Cook R., Lawrence H., Morse C., Roehl J. (1984), "An evaluation of the alternatives approach to drug abuse prevention", *International Journal of the Addictions*, 19:767-787. [17]

Curran S., Savage C. (1976), "Patients response to naltrexone: issues of acceptance, treatment effects, and frequency of administration", *NIDA Research Monograph Series*, 9:67-69. [6]

Dawe S., Gray J.A. (1995), "Craving and drug reward: a comparison of methadone and clonidine in detoxifying opiate addicts", *Drug and Alcohol Dependence*, 39(3):207-12. [5]

Gerra G., Zaimovic A., Rustichelli P., Fontanesi B., Zambelli U., Timpano M. et al. (2000), "Rapid opiate detoxification in outpatient treatment: Relationship with naltrexone compliance", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1):185-191. [2] [5]

Gerra G., Zaimovic A., Giusti F., Di Gennaro C., Zambelli U., Gardini S., Delsignore R. (2001), "Lofexidine versus clonidine in rapid opiate detoxification", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1):11-17. [2]

Hansen W.B., Johnson C.A., Flay B.R., Graham J.W., Sobel J. (1988), "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from project SMART", *Preventive Medicine*, 17:135-154. [17]

Irwin S., Blachly P.H., Marks J., Carlson E., Loewen J., Reade N. (1976), "The behavioral, cognitive and physiologic effects of long-term methadone and methadyl treatment. 1973 [proceedings]", *NIDA Research Monograph*, 8:66-7. [7]

Janiri L., Mannelli P., Persico A.M., Serretti A., Tempesta E. (1994), "Opiate detoxification of methadone maintenance patients using lefetamine, clonidine and buprenorphine", *Drug & Alcohol Dependence*, 36(2):139-145. [1] [3]

Jenkins S.W., Warfield N.A., Blaine J.D., Cornish J., Ling W., Rosen M.I., Urschel H., Wesson D., Ziedonis D. (1992), "A Pilot Trial of Gepirone vs. Placebo in the Treatment of Cocaine Dependency", *Psychopharmacology Bulletin*, 28(1):21-26. [12]

Johnson R., Jaffe J., Fudala P. (1992), "A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence", *JAMA*, 267:2750-2755. [9]

Johnson R.E., Eissenberg T., Stitzer M., Strain E., Liebson I., Bigelow G. (1995), "A placebo controlled trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, 40:17-25. [9]

Palinkas L.A., Atkins C.J., Miller C., Ferreira D. (1996), "Social Skills Training for Drug Prevention in High-Risk Female Adolescents", *Preventive Medicine*, 25:692-701. [17]

Pani P., Maremmani I., Pirastu R., Tagliamonte A., Gessa G. (2000), "Buprenorphine: a controlled trial in the treatment of opioid dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, 60:39-50. [9]

Rawson R.A., Glazer M., Callahan E.J., Liberman R.P. (1979), "Naltrexone and behaviour therapy for heroin addiction", *NIDA Research Monograph Series*, 25:26-43. [6]

Rawson R.A., Mann A.J., Tennant F.S. Jr, Clabough D. (1983), "Efficacy of psychotherapeutic counselling during 21-day ambulatory heroin detoxification", *NIDA Research Monograph*, 43:43310-4. [5]

Serpelloni G., Simeoni E., Ramazzo L., *Qualità Management*, Regione Veneto.

Mappatura territoriale della utenza trattata presso i Ser.T. di una ASL in Provincia di Milano

Stefano Salvadori*, Valentina Lorenzoni*, Sabrina Molinaro*, Alfio Lucchini**, Giovanni Strepparola**, Fabio Mariani*

Introduzione

Esiste in letteratura una vasta gamma di tipologie di analisi statistico/epidemiologiche applicabili per lo studio di un fenomeno tipicamente multifattoriale come quello delle dipendenze. Il protocollo TDI, i metodi per la stima della, le indagini a carattere campionario e tutti gli altri indicatori chiave forniscono il loro supporto ad una migliore visione d'insieme sia per un più corretto monitoraggio del fenomeno stesso che per una migliore e più opportuna strutturazione in termini di politiche preventive e/o di intervento.

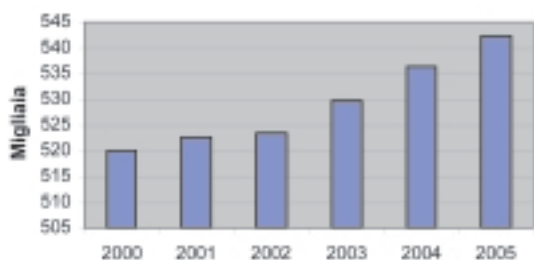
A questo proposito, un ulteriore indicatore da prendere in esame risulta essere la distribuzione sul territorio della prevalenza di utenza utilizzatrice di sostanze. Scopo di questo lavoro è la mappatura territoriale della prevalenza stimata di soggetti utilizzatrici di eroina, stimolanti e cannabinoidi sul territorio della ASL Provincia di Milano 2 (ASL MI 2).

Il contesto

L'Azienda Sanitaria Locale Provincia di Milano 2 opera su un territorio corrispondente grosso modo alla parte sud-orientale della Provincia di Milano. Si tratta di un comprensorio di 46 comuni su cui vivono circa 542.000 abitanti; a ridosso della metropoli milanese, l'intera zona è stata caratterizzata negli anni '60 e '70 da un forte flusso migratorio proveniente dalle regioni del sud del Paese, con conseguenti notevolissime trasformazioni economico-sociali durante quei decenni e oltre; vi fanno parte zone di forte urbanizzazione e industrializzazione, corrispondenti alle aree più vicine a Milano e zone ancora a prevalente economia agricola e artigianale.

La popolazione residente è in costante aumento: negli ultimi anni è passata dalle circa 520.000 unità del 2000 alle attuali 542.335 unità. I cittadini appartenenti alla fascia d'età di riferimento per uso di sostanze (15-64 anni) è nel 2005 pari a 373.766 persone (figura 1).

Fig. 1 - Andamento della popolazione residente nell'ASL MI 2



* CNR, Pisa.

** Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 2.

Per quanto concerne l'Amministrazione Sanitaria Locale, il territorio è suddiviso in sette distretti, a cui fanno riferimento numerosi servizi socio-sanitari, tra i quali, il Servizio Territoriale delle Dipendenze, operativo con 4 sedi su tutto il territorio ASL: Gorgonzola (sede principale), Melegnano, Rozzano e Pieve Emanuele (servizio alcologia).

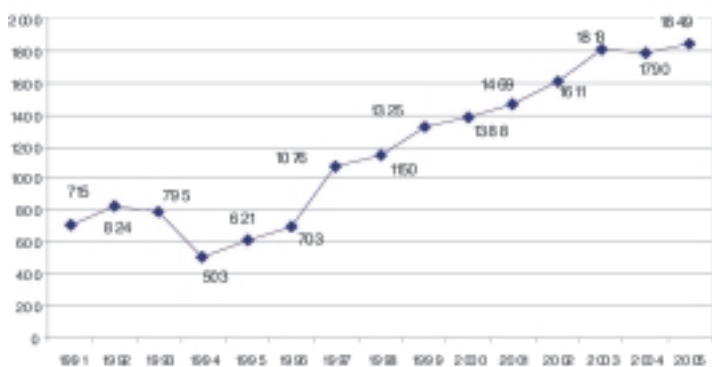
Le unità operative del Servizio Territoriale delle Dipendenze (Ser.T.) provengono storicamente dai tre Servizi tossicodipendenze, tutti istituiti tra il 1984 e il 1985, appartenenti ai tre ex-ambiti territoriali che sono poi confluiti nella ASL MI 2¹.

Il territorio, per la valenza sociale ed economica che caratterizza la sua storia, è da sempre stato interessato dalla presenza pressante di fenomeni legati al consumo di sostanze ed alle patologie ad essa correlate, seguendo ovviamente in questo il destino della Regione Lombardia e della provincia di Milano in particolare.

Nel 2005 i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso le unità operative del Ser.T. sono stati 1.257 (Gorgonzola: 641, Rozzano: 282, Vizzolo Predabissi: 334), di cui l'85,1% maschi e il 14,9% femmine. Nella UO Ser.T. del Carcere di Opera sono stati trattati 594 soggetti (97,8% maschi; 2,2% femmine). Quindi, complessivamente, l'utenza in carico presso le UO del Ser.T. nell'anno 2005 è risultata composta da 1.849 soggetti; valore in linea con l'andamento in crescita osservabile dal 1994 e corrispondente ad un incremento medio annuo del 7% (figura 2).

L'incremento annuale dell'utenza in carico si è verificato in tutte le UO del Servizio: Gorgonzola +85%, Rozzano +84%, Vizzolo +55%, Carcere di Opera +99%².

Fig. 2 - Distribuzione degli utenti in carico presso le UO Ser.T., valori assoluti. Anni 1991-2005



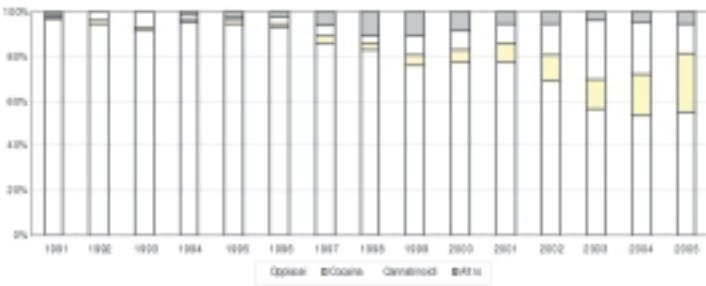
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - ASL MI 2

1. La fonte dei dati sulla popolazione dell'ASL è il IV Rapporto socio-demografico anni 2000-2005 a cura di Emilio Volturo e Roberta Zanetti, Area Epidemiologica della Direzione Sanitaria dell'ASL MI 2.

2. Per una maggiore comprensione del trend in figura 2: il Ser.T. di Rozzano negli anni 1994-1996 è stato associato ad un Ser.T. dell'ASL di Milano Città ed è entrato a far parte dell'ASL MI 2 a partire dal 1997. Nel 1999 è stato acquisito il Ser.T. del Carcere di Opera.

Nel periodo compreso tra il 1991 ed il 2005 gli utenti in trattamento nelle UO Ser.T. (escluso il carcere) per uso di oppiacei si sono ridotti del 42,2% e parallelamente sono aumentati gli utenti utilizzatori di cocaina (+25,7%) e cannabinoidi (+12,6%) (figura 3).

Fig. 3 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso le UO Ser.T. per sostanza d'uso primaria. Anni 1991-2005



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - ASL MI 2

Nella UO Ser.T. Carcere, il 58,4% dei soggetti ha come sostanza primaria la cocaina, seguita dagli oppiacei (33,8%), dalle altre sostanze (6,1%), dalla cannabis (0,8%), dalle amfetamine (0,7%) e dagli allucinogeni (0,2%). La cocaina è anche la sostanza d'abuso secondaria più utilizzata (30,3%), seguita dall'eroina (16,2%), dalla cannabis (10,6%) e dalle amfetamine (3,9%)³. Per l'anno 2005, nel territorio ASL MI 2 sono stimati 2.615 utilizzatori problematici di oppiacei (IC 95% 2.197-3.033) corrispondenti ad una prevalenza stimata pari a 7,0 soggetti (IC 95% 5,9-8,2) ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni⁴. La stima dell'uso problematico di cocaina per il 2005 si attesta su valori prossimi ai 2.200 casi prevalenti (IC 95% 1.537-2.936) corrispondenti ad una prevalenza stimata di 6,0 soggetti (IC 95% 4,1-7,9) ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni⁵.

La metodologia utilizzata

Grazie alla disponibilità di informazione di tipo analitico, i soggetti residenti in carico presso i servizi della ASL MI 2 sono stati ricollocati in base al comune di residenza in modo da poter determinare, per ogni comune, la cosiddetta prevalenza osservata, ovvero la quota di popolazione residente rilevata come utilizzatrice delle sostanze considerate.

Per quanto riguarda la metodologia utilizzata, il confronto spaziale non è stato effettuato utilizzando le prevalenze grezze, ma le prevalenze standardizzate, ovvero calcolate in maniera tale

3. I dati sull'utenza del Ser.T. ASL MI 2 sono tratti dal VII Rapporto dell'Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze "Il Fenomeno delle Dipendenze sul Territorio della ASL MI 2" (2006).

4. La rilevazione dei dati degli utenti dell'ASL MI 2, opportunamente integrata con altri flussi provenienti da centri di trattamento non specifici per l'utenza tossicodipendente, ha consentito di fornire valori di stima della prevalenza dei cosiddetti utilizzatori problematici, secondo quanto definito nei protocolli standard dell'Osservatorio Europeo di Lisbona. Nello specifico i dati raccolti sull'utenza sono stati integrati con il flusso proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera relative ai ricoveri dei residenti nel territorio con diagnosi associata all'uso di sostanze, ed hanno consentito di fornire stime relative all'uso problematico di tre gruppi di sostanze: gli oppiacei, la cocaina e le bevande alcoliche.

5. Le stime di prevalenza di uso problematico droghe sono tratti dal VII Rapporto dell'Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze "Il Fenomeno delle Dipendenze sul Territorio della ASL MI 2" (2006).

da eliminare l'effetto di fattori di confondimento. In questo approfondimento sono state utilizzate le prevalenze standardizzate per età con il metodo diretto (della popolazione tipo) prendendo come popolazione standard una ipotetica popolazione composta da 1.000 soggetti per ogni fascia di età. Per quanto concerne il range di età per il calcolo delle prevalenze è stato considerato quello compreso tra i 15 ed i 64 anni.

Data l'enorme variabilità del fenomeno, non sono state mappate direttamente le prevalenze osservate, bensì quelle stimate utilizzando un opportuno modello di analisi che permette di catturare la variabilità intrinseca del fenomeno fornendo valori di stima che si mostrano più stabili rispetto ai valori osservati, così da facilitare la lettura della rappresentazione mappale.

Il modello di stima utilizzato⁶ consente inoltre di determinare un valore di probabilità a posteriori per valutare, per ognuno dei comuni che compongono il territorio in esame, se la prevalenza di utenza sia significativamente maggiore (o minore) del valore medio di area, preso come riferimento.

I soggetti

I soggetti inclusi nell'analisi sono, come già accennato sopra, gli utenti risultati in carico presso le UO del Ser.T. della ASL MI 2 nell'anno 2005, residenti nei comuni del territorio della ASL e di età compresa tra 15 e 64 anni. Per quanto riguarda le sostanze, le analisi sono state condotte raggruppando le singole tipologie in 3 gruppi distinti: gli oppiacei, i cannabinoidi e gli stimolanti (cocaina, crack, ecstasy, amfetamine e altre sostanze stimolanti).

Risultati e discussione

I consumatori di oppiacei

Le mappe in figura 4 riportano rispettivamente le mappature a livello comunale delle prevalenze osservate e stimate con il modello comprendente le componenti di eterogeneità e "clustering" e la variabile inerente la densità abitativa relative agli utenti residenti consumatori di oppiacei in carico presso i servizi dell'ASL MI 2 nell'anno 2005.

Confrontando la mappa delle prevalenze osservate con quelle stimate, si osserva, in quest'ultima, un "lisciamento" dei valori di prevalenza rappresentato graficamente dal passaggio delle aree a colori più scuri, indicativi di una prevalenza elevata, verso colori più chiari.

L'apporto sostanziale alla lettura del fenomeno viene dalla mappatura della probabilità a posteriori, la probabilità cioè che il valore stimato sia maggiore (o minore), dal punto di vista statistico, del valore di riferimento scelto, in questo caso il valore medio dell'area (figura 5).

Valori di probabilità a posteriori maggiori di 0,95 indicano, per le aree in studio, che le prevalenze stimate sono significativamente maggiori del valore di riferimento, valori di probabilità inferiori a 0,05 indicano invece che la prevalenza stimata è significativamente minore del valore di riferimento.

I comuni che riportano valori delle probabilità a posteriori compresi tra 0,76 e 0,95 (tra 0,06 e 0,25) indicano che la prevalenza osservata è tendenzialmente maggiore (minore) del valore di riferimento.

6. Il modello suggerito appartiene alla classe dei modelli bayesiani gerarchici in cui la variabilità del fenomeno viene suddivisa nella componente dovuta a variabili ecologiche misurabili, nella componente dovuta ad effetti non strutturati dal punto di vista spaziale (eterogeneità) e nella componente dovuta ad effetti che variano in maniera graduale tra aree territoriali contigue (clustering).

Fig. 4 - Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2005

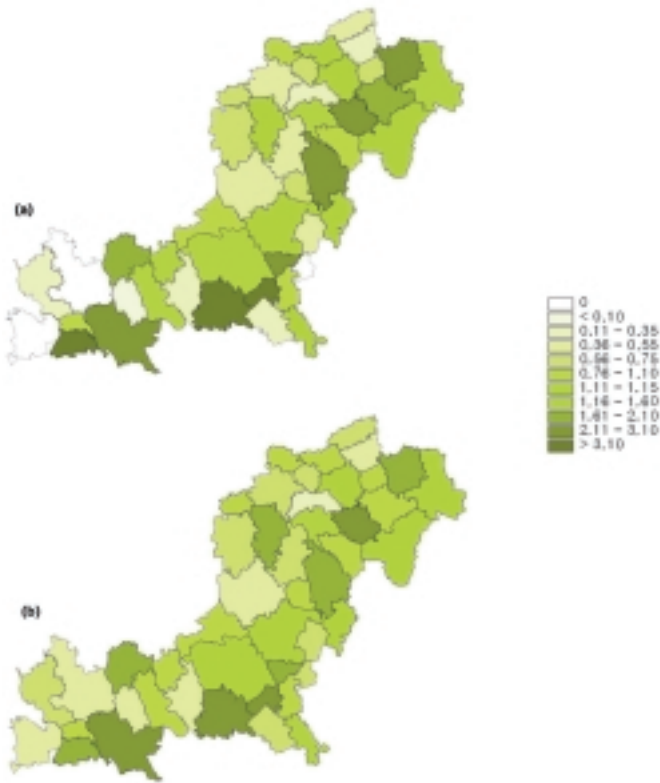
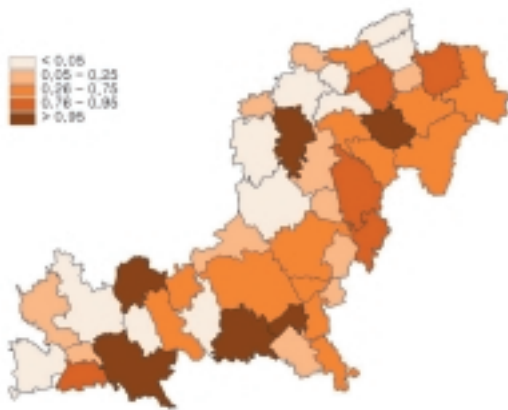


Fig. 5 - Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2005



Per i restanti comuni, che riportano valori delle probabilità compresi tra 0,26 e 0,75, non è possibile invece, in base alle evidenze, giudicare se i valori di prevalenza stimata siano tendenzialmente minori o maggiori del riferimento scelto.

La mappa delle probabilità a posteriori per gli utilizzatori di oppiacei evidenzia, come riportato nella tabella 1, 6 comuni che presentano valori di probabilità superiori a 0,95 e 5 comuni che mostrano prevalenze stimate tendenzialmente maggiori rispetto al valore di riferimento.

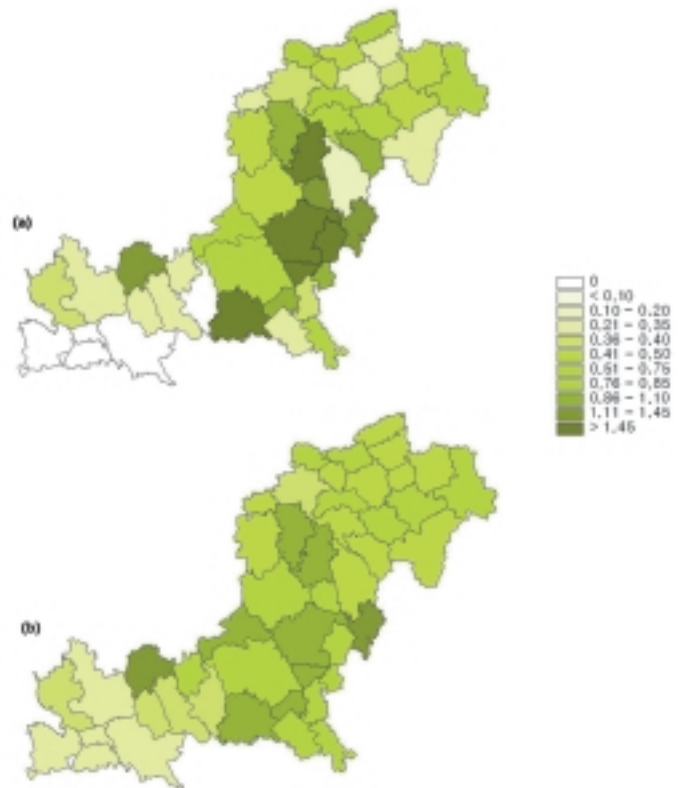
I comuni con valori di prevalenza significativamente o tendenzialmente maggiori del valore medio si collocano nella parte meridionale dell'area di competenza dell'ASL MI 2, la zona compresa tra la provincia di Pavia e il territorio della ASL della Città di Milano, e nella parte settentrionale dell'area.

Undici comuni presentano invece valori di prevalenza stimata significativamente minori del valore medio dell'area cui si

Tab. 1 - Utilizzatori di oppiacei, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2005

Comune	Oppiacei: probabilità a posteriori
Rozzano	0,99
Melegnano	0,99
Melzo	0,99
Lacchiarella	0,99
Pioltello	0,98
Carpiano	0,97
Inzago	0,95
Settala	0,95
Casarile	0,90
Gorgonzola	0,89
Paullo	0,79

Fig. 6 - Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2005



aggiungono altri 11 comuni con valori di prevalenza stimata tendenzialmente minori.

Tali comuni si collocano tendenzialmente lungo tutta la fascia di confine del territorio dell'ASL in esame con le altre ASL che compongono la provincia di Milano.

I consumatori di stimolanti

La distribuzione territoriale delle prevalenze osservate e stimate relative ai consumatori di stimolanti sono riportate nella figura 6. Rispetto alla mappa relativa ai consumatori di oppiacei, dalla mappa delle prevalenze stimate relativa ai consumatori di stimolanti, si osserva una maggiore prevalenza di utenza.

Anche in questo caso però solo l'osservazione della mappa che riporta i valori delle probabilità a posteriori permette una lettura del fenomeno più chiara (figura 7). La prevalenza di utenza utilizzatrice di sostanze stimolanti appare tendenzialmente omoge-

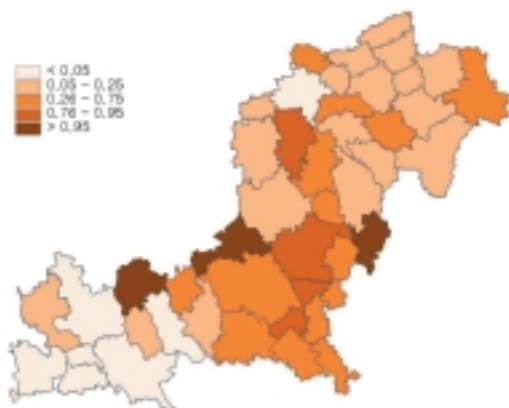
nea e inferiore al valore medio dell'area in tutta la parte settentrionale del territorio.

Solo nella zona centrale dell'area si trovano pochi comuni con valori significativamente o tendenzialmente superiori al valore medio dell'area.

Tutta la punta meridionale dell'area, praticamente coincidente con il territorio del distretto di Binasco, presenta valori di prevalenza stimata significativamente minori del valore medio dell'ASL, qui si concentrano infatti 6 dei sette comuni che presentano valori della probabilità a posteriori minori di 0,5 (tabella 2).

Altri 18 comuni presentano invece valori della prevalenza stimata tendenzialmente minori del valore medio dell'area e si concentrano nell'estremo nord del territorio.

Fig. 7 - Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2005



Tab. 2 - Utilizzatori di stimolanti, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2005

Comune	Cannabinoidi: probabilità a posteriori
Rozzano	0,99
San Donato Milanese	0,97
Paullo	0,96
Pioltello	0,94
Mediglia	0,91
Colturano	0,82
Melegnano	0,82

I consumatori di cannabinoidi

Diversa appare la situazione relativa all'utenza consumatrice di cannabinoidi così come riportato dalle mappe in figura 8.

Già dalla mappa che rappresenta le prevalenze stimate emerge chiaramente che il consumo di cannabinoidi risulta piuttosto omogeneo su tutto il territorio della ASL. Va detto che per quanto riguarda questa sostanza, la maggior parte degli accessi ai servizi non sono spontanei, ma determinati dalle convocazioni fatte sulla base di segnalazioni in arrivo dai NOT prefettizi; segnalazioni che spesso non hanno nemmeno luogo nella zona di residenza dei soggetti.

A conferma di ciò, la mappa delle probabilità a posteriori mostra una situazione di tendenziale allineamento delle prevalenze stimate con il valore medio dell'area (figura 9).

Solo un comune presenta un valore di probabilità a posteriori maggiore di 0,95 e altri 2 comuni hanno valori di prevalenza stimata tendenzialmente maggiori del valore di riferimento (tabella 3).

Fig. 8 - Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2005

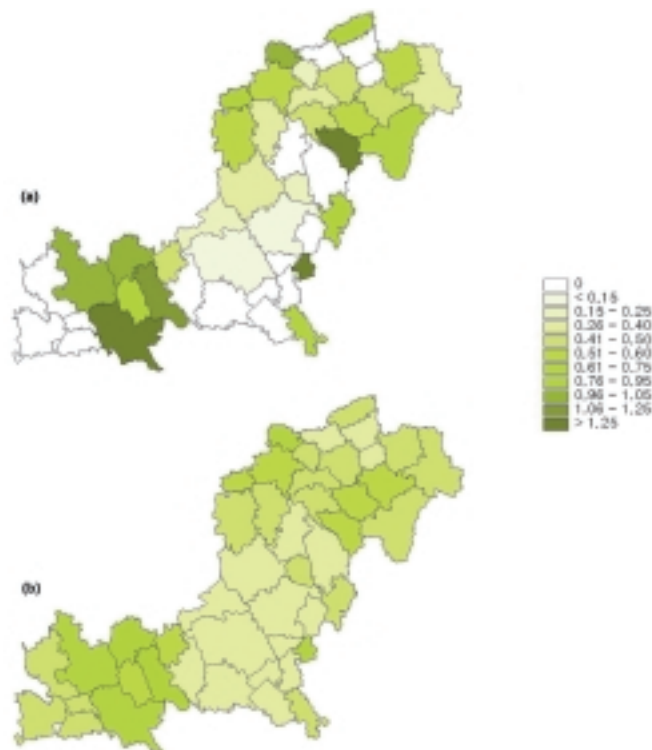
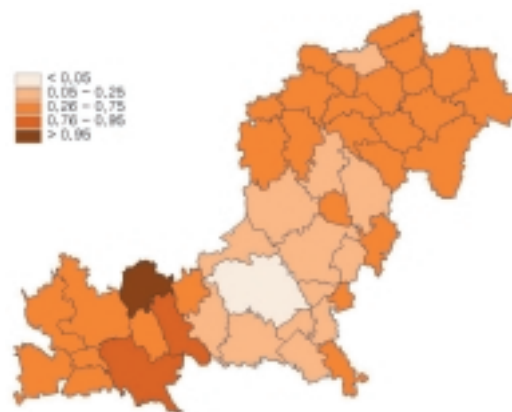


Fig. 9 - Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2005



Ben 13 comuni presentano invece un valore di prevalenza stimata tendenzialmente minore del valore di riferimento, questi si concentrano nella parte centrale, intorno al comune di San Giuliano Milanese, l'unico comune con valore di probabilità inferiore a 0,05.

Tab. 3 - Utilizzatori di cannabinoidi, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2005

Comune	Stimolanti: probabilità a posteriori
Rozzano	0,97
Pieve Emanuele	0,92
Lacchiarella	0,78

Conclusioni

L'analisi dell'andamento territoriale del fenomeno di utilizzo di sostanze illegali nella ASL MI 2 rispetto all'anno 2005 permette di trarre interessanti considerazioni.

Mentre l'utenza utilizzatrice di oppiacei appare dislocata in maniera sparsa sul territorio con situazioni di prevalenza stimata maggiore del valore di riferimento nella zona a ridosso del distretto di Binasco e nella parte centrale dell'estrema punta nord, l'utenza utilizzatrice di cannabinoidi si presenta distribuita in maniera omogenea praticamente su tutto il territorio con

valori di prevalenza allineati con il valore medio dell'area (solo tre comuni superano il valore medio dell'area). Gli utilizzatori di stimolanti si concentrano invece nella parte centrale del territorio della ASL.

In conclusione, l'area oggetto di analisi risulta spartita in maniera quasi netta tra utilizzatori di oppiacei (nella parte meridionale e settentrionale), ed utilizzatori di stimolanti (nella parte centrale). L'utenza utilizzatrice di cannabinoidi mostra invece una distribuzione diffusa su tutto il territorio, probabilmente a causa di una maggiore omogeneità del fenomeno o della modalità particolare di accesso ai servizi dei soggetti consumatori di queste sostanze.

RECENSIONI



Teresa Albano, Lolita Gulimanoska
(a cura di)

IN-DIPENDENZA: UN PERCORSO VERSO L'AUTONOMIA

Volume II - Manuale per la cura e la prevenzione delle dipendenze
Con test on line per gli studenti

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Manuali
Direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 288, € 28,00 - Cod. 231.2.5 (V)

Come affrontare la dipendenza?

Quali strumenti e tecniche utilizzare per prevenirla?

Teresa Albano e Lolita Gulimanoska hanno voluto compiere una riflessione sulle dipendenze da cui è sorta quest'opera suddivisa in due tomi.

Il primo volume ha consegnato al lettore un quadro esaustivo dello stato delle conoscenze sulle origini, la nosografia e meccanismi eziopatogenetici delle dipendenze, fondamentale per la comprensione del fenomeno.

Questo secondo volume presenta le acquisizioni più recenti e le nuove prospettive nel campo terapeutico e preventivo per tutti quei processi di dipendenza che oggi più che mai accompagnano l'indivi-

duo e i suoi sistemi d'appartenenza. L'opera d'interesse teorico e pratico, si basa su molteplici aspetti (individuali, relazionali e sociali, oltre che strumentali e politici) che sono unificati da un riferimento costante ai servizi e alle figure operative coinvolte, vissuti come contenitori di sofferenza e insieme come fonti di risorse dalle quali attingere forze per affrontare il cambiamento.

Un fondamentale strumento di formazione per gli studenti, gli operatori e quanti si confrontano con la variabilità delle condotte esplicitate come dipendenti nel settore del lavoro, della salute, dell'educazione e della formazione.

Visitando il sito www.francoangeli.it e accedendo all'Area Università si può disporre dell'allegato didattico multimediale con test di autovalutazione per gli studenti.

Teresa Albano, psicologa, insegna Psicologia delle Dipendenze presso la Facoltà di Psicologia "La Sapienza" di Roma. È didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma. Formatrice in ambito socio-sanitario, è docente e progettista di corsi di formazione rivolti a formatori e operatori di settore.

Lolita Gulimanoska, psicologa clinica, cultore della materia presso la Cattedra di Psicologia delle Dipendenze della Facoltà di Psicologia "La Sapienza" di Roma, è presidente dell'Associazione "Igea.Psi". Forma e coordina gruppi di lavoro nel campo della prevenzione e della promozione della salute. Ha pubblicato diversi lavori sull'argomento tra i quali *La psicologia del coaching* (Kappa, Roma).



Franco Avenia, Annalisa Pistuddi
(a cura di)

MANUALE SULLA SEXUAL ADDICTION Definizioni, diagnosi, interventi

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Manuali
Direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 320, € 24,50 - Cod. 231.2.6 (V)

La *sexual addiction* (dipendenza da sesso) è stata descritta scientificamente per la prima volta nel 1886. Ai primi del Novecento, poi, alcuni autori se ne sono occupati marginalmente, assimilandola alle perversioni sessuali. Solo nell'ultimo ventennio del secolo scorso, però, si è iniziato a studiarla compiutamente: secondo il National Council of Sexual Addiction, nato negli USA nel 1987, la *sexual addiction* è la "persistente e crescente modalità di comportamento sessuale messo in atto nonostante il manifestarsi di conseguenze negative per sé e per gli altri"; ma molte altre sono le definizioni e le interpretazioni etiopatogenetiche che sono state date, spesso affini, talvolta antitetiche.

È, dunque, con l'intento di mettere ordine e fare chiarezza in materia che è nato questo manuale. La prima parte è dedicata all'individuazione degli elementi caratteristici della *sexual addiction* ed al confronto dei diversi modelli interpretativi; la seconda è orientata verso la diagnosi e le proposte terapeutiche, mentre a conclusione, nella terza parte, sono colti alcuni riverberi sociali, come il piacere, l'omosessualità maschile e la pericolosità sociale, in cui cause ed effetti s'intrecciano e si potenziano sinergicamente. Nell'appendice, infine, vengono pubblicati i risultati di una ricerca sulla dipendenza da sesso, curata dall'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS).

Per fornire un panorama interpretativo e di prassi clinica più ampio possibile sono stati chiamati a collaborare specialisti di ambiti diversi, che con il loro apporto hanno contribuito ad illuminare il complesso fenomeno della *sexual addiction*. Il manuale si rivolge in particolare a psichiatri, psicologi, sessuologi e sociologi che si occupano di dipendenze, ma è altresì consigliato a chi desidera comprendere le intricate dinamiche della sessualità e le sue ripercussioni sociali.

Franco Avenia, sociologo, soffrologo, sessuologo, è presidente dell'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS). Dirige la *Rivista di sessuologia* fondata nel 1960 dal Centro Italiano di Sessuologia (CIS) (www.francoavenia.com).

Annalisa Pistuddi, psicologa e psicoterapeuta, lavora a Milano come libera professionista. Si occupa di psicodiagnostica e psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico e psicologia forense (pistuddi@tiscali.it).

Patologie da dipendenza e psicoterapia: il modello post-razionalista

Giorgio Pannelli*

Introduzione

Il campo dei Disturbi da Uso di Sostanze [1, 4], rappresenta un territorio in cui nel corso dei decenni si sono, di volta in volta, intrecciati e accavallati orientamenti e approcci quanto mai eterogenei, da quelli ad impronta sociale, a quelli di natura biologica, a quelli ad indirizzo psicologico. A seconda dei momenti storico-culturali e dei diversi contesti politici, si è assistito al succedersi di modelli interpretativi e di intervento, sia in termini di prevenzione che di trattamento, che nel volgere di pochi anni sono stati regolarmente messi in discussione e hanno finito con il mostrare la loro limitatezza ed inefficacia. Si pensi, ad esempio, all'esperienza italiana dell'impiego del metadone, inizialmente usato, poi accantonato, poi di nuovo utilizzato ma a dosaggi bassissimi e solo oggi impiegato a dosaggi più adeguati, anche in accordo a dati di letteratura evidence-based; oppure, si considerino i diversi modelli di Comunità Terapeutica, da quelli improntati ad interventi di tipo esclusivamente ergoterapico a quelli ad orientamento psicologico e psicoterapeutico, inizialmente rivolti solo a soggetti drug-free e oggi sempre più aperti a pazienti in trattamento con farmaci sostitutivi. Peraltro, tali cambiamenti riflettono non solo l'alternarsi di orientamenti epistemologici diversi, ma anche modificazioni nel tempo della tipologia del soggetto assuntore di sostanze.

Parallelamente, infatti, appare importante sottolineare il notevole aumento di pazienti con doppia diagnosi, cioè con diagnosi di tossicodipendenza e concomitante altro disturbo psichiatrico di Asse I o II. Se tale dato sia da interpretarsi come espressione del cambiamento del fenomeno "tossicodipendenza" o sia da attribuire ad una maggiore attenzione e precisione diagnostica è tutt'ora oggetto di discussione.

Mentre crescono le evidenze scientifiche circa i meccanismi neurochimici e i centri nervosi coinvolti nell'istaurarsi di uno stato di dipendenza (patogenesi), non vi è accordo su quali fattori etiologici possano essere alla base di tale fenomeno.

Peraltro, appare ormai chiaramente dimostrato come solo un intervento integrato e multidisciplinare, che affronti cioè anche le problematiche psicologiche che sottendono e accompagnano uno stato di tossicodipendenza, permetta di ottenere risultati terapeutici efficaci e permanenti. È pressante quindi l'esigenza di accrescere la comprensione di un fenomeno tanto complesso, così da disporre di modelli adeguati non solo nella fase diagnostico-terapeutica, ma anche e soprattutto nella fase di prevenzione. In questo senso, l'approccio cognitivista post-razionalista [2, 3, 5, 13, 14], integrando la specifica e personale modalità di un soggetto di elaborare un proprio significato personale con i suoi percorsi di vita, più o meno viabili e adattivi, permette di comprendere, a partire da specifiche situazioni di disagio o di franca psicopatologia, gli itinerari evolutivi di una storia di abuso

o dipendenza da sostanze e, parallelamente, di offrire al soggetto validi strumenti di gestione delle discrepanze emozionali alla base di tali itinerari.

Patogenesi versus Etiologia

Diversi spunti di riflessione scaturiscono dal tentativo di affrontare il problema dei Disturbi da Uso di Sostanze in maniera non riduzionista, ma che tenga conto della complessità del fenomeno. In primo luogo, la definizione stessa del Disturbo sembra non reggere ad una analisi critica: il termine, infatti, pone una enfasi particolare sull'importanza della sostanza, e quindi del suo meccanismo d'azione, quale fattore primariamente responsabile dell'insorgenza di quadri di dipendenza [4, 7, 8, 31, 32]. Oggi, in realtà, anche facendo riferimento ai criteri diagnostici ufficiali del DSM IV, emerge chiaramente come condizioni di dipendenza possono instaurarsi rispetto a situazioni e comportamenti che nulla hanno a che fare con l'azione farmacodinamica di specifici agenti "tossici": si pensi ad esempio alla crescente attenzione per quadri sindromici quali il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza dal sesso, il recentissimo quadro dello shopping patologico. Ciò è tanto vero che anche Autori statunitensi propongono e stanno lavorando a ipotesi di revisione dell'inquadramento diagnostico di tali disturbi (9), che condividono tutti i medesimi criteri descrittivi per la diagnosi, così da postulare una nuova categoria definibile come "Addiction Disorders". Una ipotesi alternativa senz'altro più valida, anche se non completamente risolutiva del problema, è quindi quella di parlare delle "patologie da dipendenza", termine peraltro già adottato dagli Autori delle linee guida per il trattamento della tossicodipendenza della Regione Piemonte.

Per quanto riguarda gli attuali modelli interpretativi dei Disturbi da Uso di Sostanze, una prima considerazione scaturisce dalla crescente mole di informazioni e dati relativi ai meccanismi patogenetici di un quadro di dipendenza. Studi approfonditi di genetica, neurochimica e neurofisiologia hanno, infatti, permesso di individuare con crescente precisione le aree ed i meccanismi coinvolti nell'insorgenza e nel mantenimento di una dipendenza da sostanze.

In questo senso, si può affermare che i meccanismi patogenetici alla base dell'istaurarsi di un Disturbo da Dipendenza da Sostanze sono oggi sufficientemente (anche se, certo, non completamente) chiariti.

Tali meccanismi, però, nulla dicono circa le cause (etiologia) che portano un soggetto a diventare prima consumatore, poi abusatore e infine dipendente da una data sostanza. Se è vero che sono stati condotti numerosi studi di genetica volti a dimostrare l'esistenza di una qualche fattore di predisposizione all'uso e all'abuso di sostanze (si pensi, ad esempio, alla classificazione dell'Alcolismo secondo Cloninger, che individua due tipi di Alcolismo, il secondo dei quali verosimilmente legato a fattori genetici) è altrettanto vero che i dati raccolti possono rendere ragione solo di una minima parte dei casi di dipendenza.

* *Psichiatra, Psicoterapeuta - Incaricato Ambulatorio di Alcologia Ser.T. Z.T. 11 Fermo (AP), Vice Presidente Accademia dei Cognitivi della Marca.*

Il cosiddetto modello bio-psico-sociale, introdotto negli ultimi anni e che definisce le condotte di uso/abuso di sostanze e i quadri di dipendenza come risultato dell'influenza variamente combinata di fattori biologici, psicologici e di aspetti legati al contesto sociale di provenienza del soggetto, se, da un lato, tenta di spiegare la complessità del fenomeno in esame, dall'altro, ad una più attenta riflessione, mostra molti limiti concettuali ed epistemologici: in primo luogo, appare come un modello generico, *passé-partout*, teoricamente applicabile a qualsiasi condizione di pertinenza psichiatrica; in secondo luogo, utilizza, di fatto, criteri interpretativi di causalità lineare. È, invece, più opportuno riflettere ed indagare sulla circolarità e ricorsività dei fattori che caratterizzano la complessità del comportamento umano: quanto e come il fattore biologico agisce sul fattore psicologico, quanto e come il fattore psicologico determina e condiziona le interazioni sociali e quanto e come queste ultime retroagiscono sugli aspetti biologici e psicologici del soggetto [23, 24]. In definitiva, tale modello si concretizza in un approccio ulteriormente riduzionista e semplificante, che nel tentativo di spiegare tutto continua a lasciare senza risposta le domande fondamentali.

Anche i numerosissimi studi volti a valutare e quantificare il fenomeno della comorbidità psichiatrica tra i Disturbi da Uso di Sostanze ed altri Disturbi di Asse I o II se, da un lato, indicano un importante e significativo incremento di tali quadri compositi, dall'altro, come diretta conseguenza dell'approccio meramente descrittivo e ateoretico del DSM, nulla dicono dei legami, dei rapporti e dell'eventuale peso in termini di dimensione psicopatologica di queste situazioni. A questo proposito, alcuni Autori [15, 16, 17, 18, 19, 31] hanno recentemente proposto un modello descrittivo della storia naturale della Dipendenza da eroina in cui si individuano due categorie di assuntori: i cosiddetti tossicodipendenti *"reattivi"* (nel senso di soggetti portatori di un non meglio precisato disagio socio-relazionale cui imparano a far fronte utilizzando la sostanza stupefacente) e i cosiddetti tossicodipendenti *"autoterapici"* (cioè, soggetti affetti da altro Disturbo psichiatrico, clinicamente rilevante e diagnosticabile, che trovano nello stupefacente una risposta terapeutica alla loro sofferenza). Entrambi questi soggetti, dopo un prolungato e continuo uso della sostanza, a seguito delle ben note azioni farmacodinamiche dell'eroina (patogenesi) diventano tossicodipendenti *"metabolisti"* (cioè, cominciano a manifestare craving e comportamento recidivante). Anche in questo caso, a prescindere dalle condivisibili considerazioni patogenetiche, l'osservazione etiologica appare condizionata dall'utilizzo di una epistemologia puramente descrittiva (la distinzione tra pazienti *"reattivi"* e *"autoterapici"* ha un senso solo nell'ottica dell'approccio categoriale del DSM); dalla prospettiva postrazionalista, in cui la normalità e la patologia si articolano lungo un continuum, tale distinzione appare priva di senso; di fatto, è chiaro che comunque, a monte di una condotta di uso/abuso, è possibile individuare una condizione soggettiva di sofferenza e disagio degna di essere indagata e compresa.

Si aggiunga a quanto detto che esiste un elevatissimo numero di consumatori che, non raggiungendo mai la condizione di dipendenza, cioè riuscendo a mantenere comunque un controllo sulla sostanza, non saranno mai censiti dagli studi epidemiologici, determinando di conseguenza una notevole sottostima del fenomeno di uso/abuso di sostanze psicotrope e, quindi, inevitabilmente anche errori di valutazione e di inquadramento dello stesso.

È come se, nell'approcciare scientificamente il problema, si fosse assunto il **"punto di vista della sostanza"**: in che modo la sostanza agisce (farmacocinetica), quali effetti determina nell'interazione con il Sistema Nervoso Centrale dell'essere umano (farmacodinamica), quali conseguenze biologiche e comporta-

mentali provoca (clinica), perdendo o non riuscendo mai a focalizzare il **"punto di vista del soggetto assuntore"**.

Il modello postrazionalista (sistemico-processuale)

Negli ultimi vent'anni il pensiero cognitivista è andato incontro ad una profonda e radicale evoluzione. In accordo con le tesi proposte dalla teoria dei sistemi complessi e dagli studi di Maturana e Varela [20, 21, 22] sulle capacità autopoietiche ed autorizzantesi dei sistemi viventi, il focus dell'osservazione si è spostato da una prospettiva razionalista ed empirista, che presuppone una realtà oggettivamente data e conoscibile come tale, ad una prospettiva postrazionalista (modello cognitivo sistemico processuale), che si interroga sulle modalità di costruzione della conoscenza umana (rivoluzione epistemologica) e in cui si afferma un fondamentale primato della soggettività: non si può più parlare di una conoscenza giusta e di una conoscenza sbagliata perché questo giudizio può provenire solo dall'organismo che conosce e che può decidere e valutare quanto sia viabile il percorso che sta compiendo [2, 3, 13, 14].

In quest'ottica, l'ordine in cui viviamo coesiste con noi e con la nostra esperienza di essere al mondo. La conoscenza rappresenta, pertanto, l'attività base dell'organismo e conoscere significa esistere; lo stesso significato del termine "conoscenza" deve essere considerato da una prospettiva ontologica, cioè dalla prospettiva del soggetto che la possiede.

Più in dettaglio, si possono distinguere due possibili livelli di esperienza: immediata (livello emotivo della percezione del vivere, del sentire di essere se stessi) e processo e necessità di riferire a sé e spiegare l'esperienza vissuta (livello razionale, peculiare dell'essere umano). I contorni del Sé risultano così emergere da una continua dialettica tra esperienza immediata (tacita) e spiegazione dell'esperienza (esplicita), finalizzata al mantenimento della coerenza interna e alla gestione delle perturbazioni provenienti dall'ambiente.

In accordo con Guidano, è così possibile proporre il concetto di "organizzazione di significato personale" come "lo specifico assemblaggio dei processi sottendenti l'elaborazione del significato personale grazie al quale ciascun individuo, pur sperimentando numerose trasformazioni nel corso del suo ciclo di vita, mantiene sempre il suo senso di unicità personale e di continuità storica" [13, 14]. A partire dalle specifiche modalità di attaccamento con le figure genitoriali sperimentate nei primi anni di vita e dalla conseguente graduale selezione delle tonalità emotive di base che caratterizzano l'esperienza immediata, l'organizzazione di significato personale si viene delineando come la soggettiva modalità, peculiare di ciascun individuo, di costruirsi un senso e di dotare di senso la realtà esterna.

Partendo da queste premesse, è possibile individuare almeno quattro principali organizzazioni di significato personale. L'organizzazione "tipo disturbo alimentare psicogeno" (*DAP prone*) è tipica di soggetti che, sulla base di un attaccamento ambiguo, hanno strutturato un Sé dai contorni vaghi e indefiniti, costantemente dipendente da una realtà esterna percepita come in grado di confermare o disconfermare la autostima e amabilità del soggetto. Pertanto, ogni input esterno percepito o temuto come disconfermante innesca vissuti emotivi di vergogna e inferiorità con conseguenti comportamenti di evitamento e/o di chiusura.

Nell'organizzazione "depressiva" (*DEP prone*), conseguenza di un'esperienza di attaccamento con genitori evitanti e freddi, il Sé si struttura intorno ad un tema centrale di perdita e di solitudine, di ineluttabile fallimento esistenziale, con attivazioni emotive oscillanti fra le polarità della rabbia e della disperazione.

L'organizzazione "fobica" (*FOB prone*) si osserva in soggetti che hanno sperimentato un pattern di attaccamento ansioso ed iperprotettivo; Il Sé si struttura pertanto sul tema centrale del controllo rispetto a due bisogni antitetici: quello di prossimità fisica da una figura percepita come protettiva e quello del mantenimento di una adeguata distanza da essa che consenta il necessario senso di libertà personale. La perdita di tale controllo si associa ad attivazioni emotive di paura o di costrizione.

Nell'organizzazione "ossessiva" (*OSS prone*), infine, tipica di soggetti con pattern di attaccamento ambivalente, i contorni del Sé oscillano tra la costante ricerca di adesione ad un modello esterno di perfezione e l'incapacità di conseguire tale obiettivo, con tendenza ad una rigida esclusione dei pattern di attivazione emotiva e ad analitiche spiegazioni razionali dell'esperienza.

Movendo da una prospettiva postrazionalista, dunque, e considerando il ciclo di vita dell'essere umano come un processo evolutivo caratterizzato da crescenti livelli di complessità, da un equilibrio metastabile continuamente sollecitato da perturbazioni esterne e dalla conseguente necessità di armonizzare la dialettica interna tra continuità (coerenza interna del sistema e stabilità del senso di Sé) e cambiamento, l'adolescenza rappresenta una fase di passaggio particolarmente critica che il soggetto affronta sulla base della specifica organizzazione di significato personale e del grado di flessibilità e astrazione raggiunti dal sistema. Ad esempio, in precedenti studi è emerso come l'adolescenza sia contrassegnata in modo fisiologico da vissuti di disagio con equivalenti di tipo depressivo, che, soprattutto nelle organizzazioni "DAP prone" e "DEP prone", possono talora evolvere verso quadri clinici conclamati caratterizzati da tematiche di senso diagnosticamente riconoscibili e distinguibili nell'uno e nell'altro caso. In questo senso la depressione adolescenziale può rappresentare un ambito potenzialmente patologico in cui un adeguato intervento psicoterapeutico secondo il modello descritto può consentire un cambiamento del sistema, con incremento della flessibilità interna e conseguente sviluppo di più adattivi pattern di gestione delle esperienze emotivamente perturbanti [25, 26, 27].

Di conseguenza appare quanto mai significativa una ipotesi di rilettura in ottica postrazionalista dei comportamenti di uso/abuso e dipendenza allo scopo di ricercare il senso soggettivo alla base di tali situazioni.

La ricerca di senso nei comportamenti di abuso e dipendenza

Da quanto detto finora e in accordo con Guidano [13, 14], secondo cui "i sintomi devono essere considerati alla stregua di processi conoscitivi in piena regola che evidenziano i tentativi di cambiamento infruttuosi, derivanti da un livello di consapevolezza ridotto e/o distorto che impedisce una piena e coerente assimilazione dell'esperienza personale prodottasi", si può affermare che il primo contatto con una sostanza d'abuso in età adolescenziale, ma non solo, rappresenta una modalità poco adattiva e disfunzionale per gestire emozioni discrepanti, innescate da eventi particolarmente perturbanti che il soggetto non riesce ad assimilare, con conseguente perdita della coerenza interna del sistema.

Allo stesso modo possono efficacemente essere interpretati altri "sintomi" quali l'inizio di un disturbo alimentare, l'esordio di attacchi di panico, la comparsa di rituali e pensieri ossessivi, ecc.: in tutti questi casi la ricerca del senso del disturbo, partendo dall'individuazione della specifica organizzazione di significato personale del soggetto, consente di cogliere come i suddetti aspetti psicopatologici rappresentino, seppure in maniera inconsapevo-

le, una modalità di recuperare una coerenza interna e una stabilità del senso di Sé, ovviamente con tutte le conseguenze di disfunzionalità e maladattamento che comportano [13, 14].

Inoltre, tenendo presente il ruolo centrale che specifiche tonalità emotive assumono nel caratterizzare ogni organizzazione di significato, appare quanto mai suggestivo il fatto che ogni sostanza psicotropa d'abuso determina modulazioni e modificazioni dei diversi pattern emozionali. Tali sostanze, infatti, in linea generale possono essere distinte in inibenti e stimolanti, a seconda che favoriscano uno stato di rilassamento e appiattimento dell'arousal emozionale, con attenuazione di eventuali stati d'ansia (oppiacei, cannabinodi, alcool) o che provochino, viceversa, una attivazione di tonalità emotive positive con aumento inadeguato e improprio di autostima e sicurezza nelle proprie capacità (cocaina, amfetamine, ecstasy). L'effetto finale sarà comunque, in entrambi i casi, una stimolazione del circuito della gratificazione che nel tempo indurrà il soggetto a riprodurre la sensazione piacevole sperimentata fino a determinare una condizione di dipendenza. A questo proposito, è ben noto come, soprattutto "all'inizio di carriera", i soggetti assuntori abbiano una specifica attrazione per un solo tipo di sostanza, prediligendo l'effetto più adeguato alla gestione di specifici e personali distress emozionali.

Quindi, facendo riferimento alle quattro organizzazioni di significato personale proposte dal modello postrazionalista, si possono delineare degli specifici itinerari evolutivi in cui, all'intersezione tra eventi di vita perturbanti e difficilmente assimilabili con la possibilità di incontrare le sostanze, i comportamenti di uso/abuso possono acquisire un senso dal punto di vista del soggetto. È osservazione assolutamente normale, nelle ricostruzioni anamnestiche strategicamente orientate di una storia di dipendenza, il fatto che l'esordio in età adolescenziale di condotte di abuso si associ a momenti di vita particolari quali delusioni affettive, fallimenti scolastici o, più in generale, a situazioni familiari con pattern d'attaccamento particolarmente disturbati.

Ad esempio, per un soggetto con organizzazione "DAP prone", con modalità di costruzione del senso di Sé totalmente eteroriferite e con una spiccata dipendenza emotiva dal contesto e dal punto di vista esterno, il ricorso alla sostanza può rappresentare un modo per adeguarsi all'ambiente, per gestire l'ansia da esposizione e il senso di non accettazione, per migliorare la fiducia nelle proprie capacità rispetto a prestazioni verso cui si sente inadeguato, per definirsi in opposizione alle figure genitoriali, vissute come costantemente intrusive e disconfermanti.

Nelle organizzazioni "DEP prone", caratterizzate da oscillazioni emotive fra le polarità della rabbia e della disperazione come espressione di un Sé a lettura interna caratterizzato da un senso di ineludibile inamabilità personale, l'uso di sostanze può assumere il significato di sedare il dolore esistenziale legato al tema centrale di perdita e solitudine, mentre il ricorso a sostanze stimolanti può facilitare l'espressione di attivazioni di rabbia con finalità auto od eterodistruttive.

Le organizzazioni "FOB prone" più raramente incorrono nell'abuso di sostanze, e questo anche in relazione alla particolare attenzione che normalmente rivolgono al tema salute/malattia; inoltre, lo sperimentare una modificazione della percezione corporea può rappresentare per questi soggetti un'esperienza assolutamente temibile, vissuta come perdita di controllo. Tuttavia, in qualche caso, l'uso di sostanze può assumere il senso di "esser malati" come modalità di gestione e controllo della figura che devono assolvere il ruolo di "base sicura" (genitore, partner): sono assuntori che spesso riescono veramente ad avere un controllo sulle modalità di assunzione, con remissioni e ricadute facilmente riconducibili all'andamento del rapporto con la figura affettiva di riferimento.

Ancora più raro è l'uso di sostanze nelle organizzazioni "OSS prone". Questi soggetti, i cui contorni del Sé, come detto, oscillano in maniera ambivalente tra un tema di perfezione legato a criteri logici esterni e temi di imperfezione legati all'incapacità di raggiungere tale obiettivo (secondo uno schema tipo "tutto o nulla"), con esclusione dal campo di coscienza delle attivazioni emotive e con analitiche spiegazioni razionali dell'esperienza, possono talora ricorrere all'uso di sostanze psicotrope per lo più in relazione a vissuti depressivi. In questo caso le modalità di assunzione si caratterizzano per una spiccata tendenza alla valutazione razionale e alla conoscenza dettagliata degli effetti della sostanza, delle dosi, dei meccanismi d'azione, degli effetti collaterali, ecc., con l'illusoria convinzione di esercitare un controllo perfetto sui propri comportamenti.

Implicazioni in materia di terapia e prevenzione

Come detto, i diversi approcci terapeutici che si sono succeduti nel tempo hanno mostrato col passare degli anni la loro limitatezza e scarsa efficacia nel permettere di conseguire "guarigioni" stabili e durature in un numero significativo di soggetti. Se si prende come esempio il problema della Dipendenza da eroina, si vede come i trattamenti basati solo sull'impiego di farmaci sostitutivi, una volta conclusi, sono spesso seguiti da ricadute e lo stesso accade ai pazienti avviati a trattamenti residenziali in Comunità terapeutiche, spesso anche molto lunghi.

Anche i diversi approcci psicoterapeutici, da quelli ad orientamento psicodinamico, sia individuale che di gruppo, a quelli di tipo behaviourista (tutt'ora considerati come l'intervento psicologico d'elezione), mostrano continuamente la loro incapacità nel prevenire le ricadute nel lungo periodo. Relativamente al modello sistemico-relazionale, numerosi studi epidemiologici hanno ormai accertato l'impossibilità di definire una tipologia familiare specifica alla base di una tossicodipendenza; quindi, intervenire a modificare e migliorare eventuali disequilibri patologici all'interno di un nucleo familiare non significa agire sul nucleo di un quadro tossicomane [19].

Peraltro, l'aver sempre più inquadrato la dipendenza come un Disturbo recidivante, e quindi teoricamente cronico, ha comportato una diffusa tendenza autoassolutoria rispetto agli insuccessi e alle ricadute tanto nei pazienti quanto, e questo è assai più preoccupante, negli operatori.

È esperienza comune e frequente assistere a relazioni terapeutiche caratterizzate da un atteggiamento ambivalente delle varie figure professionali coinvolte nel progetto di cura: da un lato, si cerca di impostare il rapporto in modo empatico ed accogliente, dall'altro, si fa continuamente riferimento alla necessità che il paziente ci metta della "buona volontà", non lesinando critiche o rimproveri ogni qual volta si devono fronteggiare ricadute, comportamenti inadeguati o richieste ritenute improprie. Sull'altro versante, il paziente normalmente esibisce un atteggiamento assai eterogeneo, con tratti ora oppostivi, ora manipolativi, ora seduttivi, ora invischiati, che riflettono verosimilmente lo stile emotivo-relazionale che caratterizza la sua normale interazione con le figure significative. Da una prospettiva postrazionalista, non è difficile cogliere come le specifiche organizzazioni di significato personale e i conseguenti pattern emozionali di decodifica dell'esperienza immediata, sia degli operatori che degli utenti, siano i fattori che principalmente contribuiscono a determinare il tipo di relazione che si struttura rispetto ad un progetto di cura.

Nell'ottica, quindi, di una generale rilettura del complesso fenomeno di una patologia da dipendenza e degli eventuali possibili itinerari terapeutici, che restituisca il giusto valore e la necessaria centralità a quello che ho precedentemente definito "il punto di vista del soggetto assuntore" e che tenga ben presente l'importanza di una adeguata riflessione etiologica, l'approccio postrazionalista si pone come un modello di riferimento forte, in grado di offrire una ermeneutica e quindi una chiave di comprensione del problema nelle sue molteplici sfaccettature.

Allo scopo di delineare un adeguato percorso terapeutico di tipo multidisciplinare ed integrato che riesca ad armonizzare i diversi tipi di intervento necessari, da quelli più specificamente medico-farmacologici, a quelli psicologici, fino a quelli socio-educativi, appare di fondamentale importanza l'adozione, da parte degli operatori, di un punto di vista che permetta di leggere i "sintomi" e i vari comportamenti disadattivi esibiti dal paziente come qualcosa di sensato per lui in quel momento e non come qualcosa da stigmatizzare o da contrastare con argomentazioni razionali. Un approccio di questo tipo può garantire un percorso che, fin dalle sue prime fasi (dall'inquadramento diagnostico, alla definizione negoziata di un determinato tipo di trattamento), è realmente caratterizzato da una accoglienza empatica della sofferenza della persona e permette, inoltre, di fargli sperimentare un'esperienza relazionale per lui nuova e già terapeutica.

Più in dettaglio, l'opportunità e l'efficacia di un adeguato intervento psicoterapeutico non può prescindere da una primaria e indispensabile gestione del craving. Pertanto, le tappe caratterizzanti il percorso terapeutico si possono schematicamente delineare come segue:

1. individuazione di una adeguata farmacoterapia, là dove possibile, mirante a contenere e gestire il craving per la sostanza, eventualmente accompagnata da colloqui di counseling e sostegno;
2. conseguimento di una adeguata distanza dalla sostanza o dall'"addictive behaviour", che restituisca al paziente un buon livello di lucidità;
3. eventuale avvio di un percorso psicoterapeutico strutturato, finalizzato ad un aumento della consapevolezza del soggetto rispetto alle sue specifiche modalità emozionali di decodificare l'esperienza immediata e quindi di organizzare una conoscenza del mondo e di Sé nel mondo, con possibilità di estendere l'ambito di osservazione al suo peculiare itinerario di sviluppo (pattern di attaccamento) e quindi consentirgli una più articolata e flessibile comprensione della sua storia personale e delle sue difficoltà.

Altrettanto utile, come già accennato, è un approccio postrazionalista al delicato problema del disagio adolescenziale nelle sue multiformi manifestazioni. Come evidenziato in precedenti studi, adeguate strategie di prevenzione di possibili evoluzioni psicopatologiche (e, quindi, anche di possibili itinerari di abuso/dipendenza da sostanze) non possono prescindere da un precoce inquadramento diagnostico di quelle situazioni di difficoltà e sofferenza adolescenziale, distinguibili dalla cosiddetta "depressione fisiologica" tipica di questa fase del ciclo di vita, e pertanto riconoscibili come condizioni già subcliniche. Solo in questo modo è possibile attuare interventi tempestivi e mirati che consentano al soggetto di acquisire migliori strumenti di comprensione e di gestione delle emozioni discrepanti alla base del suo stato di disagio.

Caso clinico

L. si è presentata al Servizio Dipendenze su consiglio del suo medico curante, per un problema di dipendenza da cocaina.

L. è una ragazza di 24 anni, ultima di 4 figli: ha una sorella di 31 anni sposata e un fratello di 26 anni con pregressi problemi di tossicodipendenza da tempo risolti. Il primogenito era morto in tenera età, tre anni prima della nascita di L. I genitori (padre di 65 e madre di 54 anni) sono titolari di una piccola impresa. L. descrive la famiglia come molto unita e mite, segnata però nel tempo sia dalla morte del primogenito che causò una profonda depressione soprattutto nella madre (diedero al maschio successivo lo stesso nome del fratello morto) che dai problemi di tossicodipendenza del secondo figlio (risoltisi circa 6 anni prima).

L. aveva completò con ottimo profitto l'Istituto di Ragioneria e poi, contro il parere del padre, si era trasferita a Roma per iscriversi all'Università. L'anno prima aveva interrotto gli studi ed era tornata a casa. Aveva cominciato ad usare cannabinoidi a 14 anni; poi, a 16 anni, aveva iniziato a tirare cocaina, con un ingravescente quadro di abuso e, quindi, di dipendenza che aveva condizionato negativamente tutti i cinque anni trascorsi a Roma, determinando anche il suo fallimento universitario.

Dal punto di vista affettivo, racconta tre storie significative. Conobbe il suo primo ragazzo a 15 anni: era un tossicodipendente più grande di lei che, dopo cinque anni, la lasciò per un'altra (fu con lui che iniziò ad usare cocaina); la seconda storia si svolse a Roma con un altro ragazzo cocainomane e durò un anno (ma L. la ricorda come *"solo una storia di sostanze"*). Da circa un anno è fidanzata con G. (32 anni) un ragazzo del suo paese conosciuto al ritorno da Roma.

Da quando è tornata a casa L. ha smesso di usare la sostanza, anche sostenuta da G. (peraltro, descritto come geloso e ipercontrollante). Nel corso di questo periodo, però, si sono verificate due ricadute, di cui l'ultima un mese prima di essere presa in carico dal Servizio.

Durante la prima visita, oltre alla raccolta dei dati biografici, si focalizza l'attenzione sulle recenti ricadute e sulla sua situazione attuale. L. spiega che entrambe gli episodi sono da attribuire a momenti di significativa delusione nei confronti del fidanzato. Una prima volta aveva scoperto che la madre di G. non era stata informata dal figlio del loro progetto di sposarsi l'anno successivo e questo l'aveva fatta sentire ingannata e tradita. Da quel momento L. non era più stata serena e, circa un mese prima, aveva di nuovo usato cocaina (*"è stato come se avessi voluto essere scoperta a tutti i costi, anche perché i miei fino a quel momento non avevano mai saputo nulla del mio problema e mi avevano sempre visto come una figlia perfetta e tranquilla"*). Come reazione, i genitori hanno mostrato una profonda delusione nei suoi confronti: il padre ha smesso di rivolgere la parola e di fatto la ignora completamente, mentre la madre alterna momenti di tristezza e forte preoccupazione a momenti di collera e rimproveri, tanto che L. si è trasferita nell'appartamento della sorella, non riuscendo a più a sostenere l'atmosfera che stava vivendo a casa sua. Anche G. ha manifestato incertezza e delusione.

È stato così possibile, fin dal primo incontro, concordare con L. un lavoro sulle attuali difficoltà emotive in relazione alle figure parentali e, contestualmente, impostare una prima riformulazione del problema in termini di sensibilità al giudizio (organizzazione di significato personale DEP-prone).

Nelle sedute successive, mentre L. ha cominciato a focalizzare le sue attivazioni emotive di fronte all'atteggiamento dei suoi differenziandole dalle spiegazioni eteroriferite che normalmente si dà, si è venuto delineando un suo atteggiamento di fondo per cui, nel tempo, ha sempre cercato di apparire come una figlia irreprensibile e costantemente aderente alle aspettative

genitoriali, anche per compensare la sofferenza loro causata dalla tossicodipendenza del fratello maggiore. Nell'arco di circa tre mesi, lavorando con adeguate ricostruzioni e messe a fuoco di molteplici eventi della quotidianità, L. ha imparato a riconoscere il suo personale stile di decodifica emotiva dell'esperienza immediata, caratterizzato da costanti vissuti di inadeguatezza ed incapacità di fronte a qualsiasi tipo di perturbazione nelle relazioni intersoggettive significative; parallelamente ha imparato a riconoscere gli stili e i contenuti emozionali e di significato dell'altro da sé, raggiungendo un ottimo livello di demarcazione, tanto che, al termine di un progressivo percorso di riavvicinamento, è tornata a vivere con i suoi ed è riuscita a ricucire il dialogo con il padre.

Ovviamente, il lavoro di focalizzazione/demarcazione è stato portato avanti anche rispetto al rapporto di coppia, con possibilità di rileggere le ricadute nell'uso di cocaina come il ripetersi di modalità disfunzionali di gestione di emozioni discrepanti e inaccettabili sensi di sé. Più in dettaglio, L. ha cominciato ad aver chiaro come il rapporto affettivo con G. fosse stato, fin dall'inizio, assolutamente sbilanciato, nel senso di un suo porsi in posizione chiaramente subalterna: lei era la *"tossica"*, bugiarda e fasulla, fallita e incapace e G. era una sorta di *"principe azzurro"* perfetto, venuto in suo soccorso, nei confronti del quale L. doveva e poteva provare solo gratitudine e riconoscenza ed essere assolutamente felice per l'immeritata fortuna che le era capitata (*"chi altro si sarebbe potuto innamorare di me?"*). Quindi, L. ha cominciato a vivere emozioni di insoddisfazione e intolleranza nei confronti degli atteggiamenti iperprotettivi e ipercontrollanti di lui: inizialmente ha messo a fuoco come tendesse a sentirsi colpevole e indegna di fiducia di fronte ai comportamenti critici di G., poi, mano a mano che aumentava la sua capacità di demarcazione, L. si è accorta di come il suo fidanzato si fosse sempre definito nel ruolo di suo *"salvatore"*, consentendosi così di non mettersi mai veramente in gioco all'interno della storia e di quanto faticasse ora a gestire una ridefinizione delle regole del rapporto su una base di maggiore parità. Inevitabilmente, L. ha cominciato a provare intense attivazioni di collera, arrivando a poter immaginare prima ed agire poi vere minacce di rottura del legame affettivo se G. non avesse mostrato segni di cambiamento: particolarmente significativa è stata una seduta in cui L. ha raccontato, con molta soddisfazione, un'ennesima lite con G., alla fine della quale egli le aveva detto *"devi renderti conto che tu hai bisogno di me"* e lei, con calma gli aveva risposto *"sei tu che hai bisogno di pensare che io ho bisogno di te"*.

Dopo circa cinque mesi di terapia, si è concordato di cominciare la ricostruzione della storia di sviluppo. A questo proposito, è emerso fin dall'inizio come L. fosse nata in un clima problematico: la madre era ancora afflitta e depressa per la morte del primogenito e di fatto non desiderava una nuova gravidanza, a differenza del padre che invece aveva vissuto con particolare entusiasmo l'arrivo di una nuova figlia. L. ha raccontato di essere sempre stata, da un lato, una *"figlia non voluta"* e, dall'altro, la *"cocca del papà"*. La ricostruzione di alcuni ricordi significativi ha permesso a L. di mettere a fuoco come fin dai primi anni di vita eavesse sviluppato un atteggiamento compiacente nei confronti di entrambi i genitori e soprattutto della madre, verso la quale esperiva costantemente un accesso e un accudimento imprevedibile, con conseguente attivazioni emotive discrepanti caratterizzate da una percezione di sé come figlia indegna ed inadeguata (*"ero felice solo se vedevo i miei genitori felici"*). In sintesi, tutto il periodo della scuola dell'obbligo era stato caratterizzato dall'ansia collegata agli impegni di studio (sostenuta dalla sua costante percezione di essere un bluff) e dagli sforzi per ottenere sempre un eccellente rendimento scolastico da esibire ai genitori, peraltro ormai assorbiti dai problemi di tossicodipendenza del figlio maschio (*"per me era assolutamente*

indispensabile continuare ad apparire la figlia perfetta che essi credevano che fossi⁴).

Relativamente alla sua iniziazione all'uso di sostanze, L. ha raccontato che tutto accadde all'interno della sua prima storia affettiva, intorno ai 16 anni. Anche rispetto a questo, non è stato difficile mettere a fuoco il fatto che L. sentisse il bisogno di adeguarsi ai comportamenti e alle aspettative del suo ragazzo e di come l'effetto percepito dopo l'assunzione della cocaina corrispondesse perfettamente alle sue necessità emotive: netto incremento dell'autostima e della fiducia in se stessa e nelle sue capacità. La rottura affettiva con quel ragazzo era stata per L. un'ulteriore grave disconferma di sé e il trasferimento a Roma, apertamente osteggiato dal padre, aveva rappresentato un tentativo di mettersi alla prova nel corso del quale la sostanza aveva assunto un ruolo determinante.

Dopo circa un anno di lavoro terapeutico L. ha raggiunto un eccellente livello di flessibilità emozionale e una notevole capacità di rilettura delle proprie esperienze e di demarcazione rispetto a contesti problematici: è riuscita ad impegnarsi con

successo nella ricerca di un proprio impiego che l'ha resa indipendente dalla attività lavorativa della famiglia, ha recuperato un buon rapporto con entrambe le figure genitoriali, riuscendo allo stesso tempo a gestire le intrusioni materne comunque presenti e ha ridefinito il rapporto con il fidanzato recuperando ampi spazi di autonomia personale. È stato pertanto possibile concordare una serie di incontri di follow-up più diradati nel tempo fino ad una adeguata conclusione del rapporto terapeutico. Nel corso di una di queste sedute L. ha raccontato con molta soddisfazione un episodio occorso durante una cena al ristorante con G.: aveva incontrato nel bagno del locale una paio di vecchie amiche che si erano appartate per tirare cocaina e che subito la avevano invitata a partecipare. Dopo un breve attimo di ansia L. aveva affermato con sicurezza di non volerne sapere e con sdegno era tornata al suo tavolo. L. ha messo agevolmente a fuoco come all'istante si fosse sentita vista come una tossicodipendente, anche se, verosimilmente, in quel momento, era scattato in lei anche un fenomeno di craving che solo con il passare del tempo si attenuerà.

Il caso di L. offre diversi spunti di riflessione. Si trattava, infatti, di una situazione con alcuni punti critici ed altri favorevoli. Sicuramente, il fatto che la sostanza in questione fosse la cocaina comportava una notevole difficoltà da parte del terapeuta a gestire farmacologicamente una eventuale ricaduta in una condizione di dipendenza, non essendo al momento disponibile alcun prodotto di accertata efficacia; peraltro, il dato anamnestico che L. nell'arco di alcuni mesi avesse assunto la sostanza solo in due occasioni se, da un lato, testimoniava quanto la ragazza fosse ancora invischiata e coinvolta nel problema, dall'altro, permetteva di lavorare più direttamente sulle sue componenti emotive e di personalità, senza doversi preoccupare di sostenerla e gestire una sindrome di astinenza.

Di fatto, come sopra esposto, tutto il lavoro terapeutico si focalizzò sulle problematiche legate alla caratteristiche della sua organizzazione di significato personale mentre la storia del suo rapporto con la cocaina venne, strategicamente, posta in secondo piano ed utilizzata tangenzialmente nelle fasi in cui si procedeva alla ricostruzione e rielaborazione di una coerenza interna in cui l'essere stata una tossicodipendente poteva assumere un significato comprensibile e quindi assimilabile nel senso di sé.

In sintesi, il caso di L. consente di puntualizzare alcuni concetti di fondo. In primo luogo consente di vedere come, effettivamente, l'uso di sostanze psicotrope tenda a connotarsi come una soluzione autoterapica, ovviamente disfunzionale e disadattiva, in soggetti, nella maggioranza dei casi adolescenti, con temi emotivo-esistenziali critici ed irrisolti; in secondo luogo, permette di ribadire la necessità di interventi terapeutici primariamente volti alla "comprensione" di un comportamento di abuso/dipendenza e che non siano riduzionistamente rivolti solo alle componenti neurobiologiche del problema; infine, permette di valutare l'efficacia dell'approccio postrazionalista: è evidente, infatti, come, già nelle fasi iniziali di costruzione del setting ed inquadramento e riformulazione del problema, lo spostare l'attenzione del paziente dalla definizione di tossicodipendente, spesso carica di implicazioni morali, su altri contenuti e temi di vita, gli consenta di sperimentare un nuovo modo di essere percepito e percepirsi e, conseguentemente, una accoglienza e una presa in carico davvero empatica e rispettosa del suo essere un "essere umano" [28, 29, 30].

Conclusioni

Le considerazioni sin qui esposte rappresentano il risultato di una serie di riflessioni scaturite dal quotidiano confronto con centinaia di storie di tossicodipendenza e con le difficoltà legate alla gestione terapeutica delle innumerevoli problematiche socio-sanitarie di questi soggetti. Tali riflessioni, peraltro, si collocano nell'ambito di un più vasto territorio di indagine psicopatologica che da molti anni impegna e caratterizza le ricerche in ambito postrazionalista: quello, appunto, della rilettura e della interpretazione delle principali patologie di pertinenza psichiatrica, dalle nevrosi alle psicosi, secondo una ermeneutica delle emozioni e delle modalità di costruzione di senso come elementi base per la strutturazione e organizzazione di una conoscenza di Sé e del mondo.

La necessità di elaborare modelli, al tempo stesso più complessi ed adeguati, di comprensione dei comportamenti umani appare quanto mai urgente nel campo delle patologie da dipendenza, all'interno del quale continuano a pesare approcci semplificativi di tipo riduzionista, oltre che etiche ed ideologie legate di volta in volta allo specifico contesto socio-culturale del momento. In questo senso, il cognitivismo postrazionalista, elaborato nel corso di oltre vent'anni di lavoro da Vittorio Guidano (alle cui opere si rimanda per una più approfondita descrizione), sta ricevendo continue conferme e validazioni da diversi settori delle neuroscienze, dalla neurologia al neuroimaging [6, 10, 11, 12], ponendosi come modello teorico e strumento di intervento di particolare rilevanza clinica.

Bibliografia

- [1] American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Edition, Text Revised (DSM IV-TR)*, APA, Washington DC.
- [2] Arciero G. (2003), *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale*, Bollati Boringheri, Torino.
- [3] Arciero G. (2006), *Sulle Tracce di Sé*, Bollati Boringheri, Torino.
- [4] Canali S. (2003), "Storia e critica del concetto di tossicodipendenza", *Med. Tossicodip.*, 38, 7-13.
- [5] Bardellini L.F., Ricci R.V., Ferrari F., Bocchia M. (2000), "Proposta di un modello integrato di applicazione della psicoterapia cogniti-

- va al trattamento dell'abuso di sostanze", *Boll. Farmacodip. e Alcolis.*, XXIII (4), 52-59.
- [6] Bertolino A., Arciero G., Ruibino V., Latorre V., De Candia M., Mazzola V., Blasi G., Caforio G., Hariri A., Kolachana B., Nardini M., Weinberger D.R., Scarabino T. (2005), "Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5HTTLPR genotype and personality style", *Biol. Psych.*, 57(12), 1517-1525.
- [7] Bignamini E., Bombini R. (2003), "Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle 'Tossicodipendenze'", *Med. Tossicodip.*, 38, 49-58.
- [8] Corbellino G. (2003), "Il concetto evoluzionistico di malattia", *Med. Tossicodip.*, 38, 15-20.
- [9] Goodman A. (2003), "Gli 'Additive Disorders' come categoria diagnostica", *Med. Tossicodip.*, 38, 39-46.
- [10] Damasio A. (1995), *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano.
- [11] Damasio A. (2000), *Emozioni e Coscienza*, Adelphi, Milano.
- [12] Damasio A. (2003), *Alla Ricerca di Spinoza*, Adelphi, Milano.
- [13] Guidano V. (1988), *La Complessità del Se*, Bollati Boringhieri, Torino.
- [14] Guidano V. (1992), *Il Se nel suo Divenire*, Bollati Boringhieri, Torino.
- [15] Khantzian E.J. (1980), "An ego/self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective", in *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*, a cura di Lettieri D.J., Sayers M., Pearson H.W., NIDA Research Monograph 30, 184-191, NIDA, Rockville.
- [16] Khantzian E.J. (1985), "The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence", *Am. J. Psychiat.*, 142(11), 1259-1264.
- [17] Khantzian E.J. (1990), "Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and addictions. Similarities and differences", *Recent Dev. Alcohol.*, 8, 255-271.
- [18] Khantzian E.J. (1997), "The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications", *Harv. Rev. Psychiat.*, 4(5), 287-289.
- [19] Marenmani I. (2002), "Disturbi correlati a sostanze", in *Trattato Italiano di Psichiatria*, a cura di: Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V., vol. II, 1323-1438, Masson, Milano.
- [20] Maturana H. (1993), *Autocoscienza e Realtà*, Raffaello Cortina, Milano.
- [21] Maturana H., Varela F. (1987), *L'Albero della Conoscenza*, Garzanti, Milano.
- [22] Maturana H., Varela F. (1988), *Autopoiesi e Cognizione*, Marsilio, Venezia.
- [23] Morin E. (1974), *Il Paradigma Perduto. Che cos'è la Natura Umana*, Bompiani, Milano.
- [24] Morin E. (2002), *Il Metodo 5 - L'Umanità dell'Umanità. Volume 1 - La Personalità Umana*, Raffaello Cortina, Milano.
- [25] Nardi B. (2001), *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*, FrancoAngeli, Milano.
- [26] Nardi B., Pannelli G. (1997), "Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico processuale", *Riv. Psychiat.*, 32(4), 157-164.
- [27] Nardi B., Pannelli G. (1998), "Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva", *Riv. Psychiat.*, 33(6), 277-286.
- [28] Pannelli G. (2002), "Disagio adolescenziale e tossicodipendenza", *Quaderni Psicoterapia Cognitiva*, 10, 83-84.
- [29] Pannelli G. (2003), "Patologie da dipendenza ed epistemologia post-razionalista", in *Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento*, a cura di Nardi B., Bandoni M., Santone G., 226-240, Quaderni della AUSL 7, Ancona.
- [30] Pannelli G. (2005), "Approccio post-razionalista alle patologie da dipendenza", in *Approccio all'adolescente Difficile. Atti del VI Convegno di Psicologia Post-Razionalista*, a cura di Nardi B., Bandoni M., Capecchi I., 37-56, Quaderni della AUSL 7, Ancona.
- [31] Simkin D.R. (2002), "Adolescent substance use disorders and comorbidity", *Pediatr. Clin. North Am.*, 49(2), 463-477.
- [32] Stanzione M. (2003), "Il problema mente corpo, il concetto di persona e comportamenti d'abuso", *Med. Tossicodip.*, 38, 21-30.

RECENSIONE



M.G. Marini e N. Castelli
(a cura di)

LE ORGANIZZAZIONI APERTE IN SANITÀ Innovare per gestire la complessità del mondo sanitario

Presentazione di Umberto Veronesi

Il Sole 24 Ore, 2006

ziamento pubblico e privato, vissuti come come due sistemi da integrare. Sono aperte alle nuove tecnologie, all'innovazione scientifica e alla promozione dell'etica della professione sanitaria.

"Questo volume lancia una nuova idea: l'organizzazione aperta. Non è uno slogan né una formula magica per sradicare la questione sanità dalle implicazioni economiche e politiche che ne condizionano il progresso; ma è piuttosto una chiave di lettura della realtà attuale e un principio da cui partire per le riflessioni sul futuro. Le strutture sanitarie aperte... sono quelle che rispondono non solo alla domanda di salute di oggi, ma anche alla domanda di innovazione di domani, per stare al passo con una medicina che evolve a ritmi impensabili solo pochi anni fa" (Umberto Veronesi).

Ben tre capitoli del volume sono dedicati alla esperienza del Master biennale manageriale e di comunicazione realizzato da 40 dirigenti di FeDerSerD.

Ricerca-intervento sulle patologie infettive nel carcere di Grosseto.

Informazione, prevenzione, educazione tra pari

Luciana Bacci*, Sabrina Gatto**, Maria Grazia Petruzzello*, Elena Spinsanti*, Michele Trezzi***, Simonetta Volpi*

Premessa

In attuazione di quanto previsto dalle recenti disposizioni normative e applicative e in particolare con riferimento al Progetto Nazionale "Sperimentazione di una metodologia d'intervento per le problematiche sanitarie in ambito carcerario", è stata elaborata la Ricerca-intervento sulle patologie infettive nel carcere di Grosseto: informazione, prevenzione, educazione tra pari.

L'atteggiamento nei confronti del problema scaturisce da una cultura organizzativa di rete realizzata attraverso l'integrazione e la complementarietà del lavoro tra soggetti istituzionali e del privato sociale.

Si è ritenuto opportuno procedere da un primo confronto tra le diverse realtà operative territoriali e le diverse culture professionali, come base indispensabile per la progettazione di nuovi scenari.

Sono pertanto coinvolti il Dipartimento delle Dipendenze e l'U.O. Malattie Infettive dell'Ospedale Misericordia dell'Azienda USL 9 di Grosseto, il CTR Vallerotana, il Centro di Solidarietà d'Arezzo - C.T. La Steccaia, l'Amministrazione della Struttura Penitenziaria.

Metodologia

L'attività d'informazione, prevenzione sulle malattie infettive e educazione tra pari, si configura come un intervento psicosociologico di consulenza. Il lavoro è legato ad una pratica di ricerca in cui collaborano con ruoli distinti professionisti e "attori" (destinatari dell'intervento).

L'intervento consiste nell'istituire con gli attori dei "dispositifs", strumenti di lavoro (interviste, riunioni di gruppo analisi dei processi, osservazioni...) che facilitino gli scambi tra tutti gli attori a vario titolo interessati e che sostengano un lavoro a partire dalle loro percezioni e rappresentazioni del problema. In altre parole si permette agli attori di esprimere e comprendere meglio il significato delle situazioni vissute e il loro ruolo in esse; allo stesso tempo è un modo per mobilitare e per trovare risposte ai problemi. I "dispositifs" non esistono di per sé: i professionisti che propongono gli strumenti, ne sono garanti, ne sono parte integrante. Gli strumenti perciò si modificano in itinere nello sviluppo del lavoro e sono oggetto d'analisi e di un'elaborazione collettiva che è parte del processo.

La ricerca-intervento è un sistema ciclico multistrato formato da quattro fasi essenziali:

Diagnosi (definizione del problema, elaborazione d'ipotesi), *Fase conoscitiva* (raccolta dei dati prima dell'intervento), *Fase dell'intervento* (raccolta dei dati), *Fase valutativa* (raccolta dei dati dopo l'intervento)... nuovo ciclo.

Il processo di ricerca perciò non si colloca "al di fuori", ma si costruisce nei "lavori in corso" e permette di promuovere evoluzioni attraverso momenti d'azione, di riflessione ovvero d'implementazione.

Processo di Ricerca

Fase I	Diagnosi (definizione del problema, elaborazione di ipotesi)
Fase II	Fase Conoscitiva (raccolta dei dati prima dell'intervento)
Fase III	Fase dell'intervento (raccolta dei dati)
Fase IV	Valutativa (risultati e indicatori)

FASE I

Identificazione dei soggetti coinvolti, definizione dell'obiettivo generale e degli obiettivi specifici, scelta e costruzione degli strumenti.

Soggetti-attori coinvolti

Popolazione detenuta / Direzione del carcere / Personale medico delle struttura / Personale della sicurezza / Gruppo operativo

L'obiettivo generale

Studio dei livelli di conoscenza e informazione, dei bisogni di cura e assistenza della popolazione detenuta nel campo delle malattie infettive.

L'obiettivo generale è perseguito in una filosofia d'*empowerment* dei soggetti e della comunità carceraria: *empowerment* significa letteralmente accrescere di potere, acquisizione e riconoscimento d'abilità, capacità e competenza. Questa premessa vuole sottolineare il ruolo attivo dei soggetti partecipanti alla ricerca che non sono solo oggetti d'intervento, ma persone con la possibilità di esprimere opinioni, valutare le situazioni e contribuire a produrre conoscenza.

Obiettivi specifici

1. Formazione-informazione sulle regole igieniche e comportamentali di prevenzione delle malattie infettive nella popolazione detenuta.
2. Elaborazione di materiali informativi mirati e calibrati sui bisogni informativi espressi dalla popolazione detenuta.
3. Formazione-informazione sulla diffusione di malattie infettive rivolta al personale del carcere.

* Psicologo, Azienda USL 9 di Grosseto.

** Educatore professionale, Centro Terapeutico Riabilitativo Vallerotana (Grosseto).

*** Medico infettivologo, Centro di Solidarietà di Arezzo Onlus.

Gli obiettivi specifici consistono nell'attivare gruppi di operatori e detenuti in un percorso di ricerca e intervento che si muove su più piani articolati e dinamicamente correlati. Infatti, oltre che un intervento diretto si auspica che il progetto intero abbia una funzione di educazione tra pari a cascata.

L'educazione tra pari

Ognuno nel suo ambiente impara dai suoi vicini e al tempo stesso può insegnare loro qualcosa, anche senza competenze professionali, ma utilizzando la conoscenza che viene dall'esperienza e da ciò che essa ha insegnato loro. Nel campo della prevenzione la comunicazione orizzontale (detta "tra pari") è spesso molto più efficace di quella verticale (tra "tecnici" e persone destinatarie dell'intervento).

L'ipotesi di un processo d'educazione tra pari deriva dall'opportunità di distribuire ad altri detenuti i materiali informativi prodotti dalla popolazione detenuta stessa.

Strumenti

- **Osservazione partecipata non sistematica.**
- **Gruppi di discussione.** È lo strumento per eccellenza che ci permette di unire conoscenza e azione; nel corso del processo di ricerca sono attivati più gruppi di lavoro in relazione agli obiettivi specifici.
- **Questionario.** Il gruppo operativo, dopo ricerca bibliografica sulla diffusione delle malattie infettive in carcere e sulle modalità di contagio delle stesse, ha realizzato un questionario breve di autosomministrazione per i detenuti al fine di aprire un canale di comunicazione e sensibilizzazione sul tema.

FASE II

Analisi descrittiva della struttura-carcere, luogo dell'intervento; ricerca bibliografica ed epidemiologica sulle malattie infettive.

La casa circondariale di Grosseto

La struttura di piccole dimensioni, ubicata nel centro storico cittadino, ha una recettività di 30-35 unità, un'utenza con pene medio-brevi, non superiori ai tre anni.

La tipologia dell'utenza è prevalentemente costituita da giovani adulti maschi d'età compresa tra i 18-35 anni, con basso indice di pericolosità sociale, con reati comuni o indotti dall'uso di droga.

Costante è l'aumento di soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti.

L'utenza è prevalentemente residente nella provincia di Grosseto. La presenza tra soggetti primari, imputati, definitivi, di tossicodipendenti, alcolodipendenti, personalità psichiatriche, emarginati, stranieri, extracomunitari, clandestini, impone per dettato normativo, la presa in carico di ogni soggetto e l'offerta di un trattamento penitenziario che risponda ai bisogni e alle richieste del soggetto.

Il principio ispiratore dell'ultima riforma penitenziaria è quello della finalità rieducativa della pena, attraverso l'individuazione del trattamento penitenziario che tenga conto della personalità del soggetto, delle cause del disadattamento, della capacità di aderire ad un processo di trasformazione e di modifica dei propri atteggiamenti e stili di vita.

Il rapporto tra la Azienda USL 9 e la Direzione della Casa Circondariale è disciplinato da una convenzione sottoscritta il

25.01.92 che assicura interventi di prevenzione, cura e riabilitazione ai detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Statistica movimento detenuti 2004: ingressi 202

Statistica movimento detenuti 2005: ingressi 145 (ridotti per lavori di ristrutturazione) di cui: italiani: n. 86 / stranieri: n. 59 / tossicoalcolodipendenti: n. 67

Possiamo osservare dalla tabella che la Casa Circondariale di Grosseto ha un elevato turn-over, e la popolazione tossicoalcolodipendente è presente in misura superiore alla media nazionale (30%).

L'emergenza sanitaria

Dalla rilevazione effettuata sulla letteratura in materia, emergono quali problemi sanitari di particolare rilievo la presenza di TD e HIV positivi, nonché la presenza di infestazioni come scabbia e pediculosi. Questi quadri clinici sono spesso associati con epatiti virali, malattie sessualmente trasmesse quali sifilide e gonorrea e patologie correlate alla tossicodipendenza come l'epatite C. Inoltre si rileva in fase emergente la TBC.

Per effettuare un puntuale controllo sulla situazione epidemiologica sarebbero necessari accertamenti di tipo sanitario specifici e un sistema di raccolta dati dal punto di vista epidemiologico omogeneo tra le diverse realtà sia a livello provinciale sia regionale che nazionale.

FASE III

Obiettivi specifici

1. Formazione-informazione sulle regole igieniche e comportamentali di prevenzione delle malattie infettive nella popolazione detenuta.
2. Elaborazione di materiali informativi mirati e calibrati sui bisogni informativi espressi dalla popolazione detenuta nel carcere di Grosseto.
3. Formazione-informazione sulla diffusione di malattie infettive per il personale del carcere.

L'attività d'intervento finalizzata al raggiungimento dei sopra citati obiettivi si esplica nella costituzione dei gruppi di lavoro tra gruppo operativo e detenuti, lo sviluppo del questionario e la realizzazione dell'opuscolo informativo. L'attività di lavoro è costantemente monitorata attraverso l'osservazione partecipata nei gruppi di lavoro, svolta dagli psicologi.

Il nostro progetto si rifà ad un modello in cui le varie articolazioni e istituzioni sociali lavorano in sinergia in cui ognuno si prende la propria responsabilità.

Nonostante non ci siano dubbi sulla constatazione che il conoscere e il sapere siano un prerequisito irrinunciabile per sviluppare comportamenti adeguati, nello stesso tempo questi elementi conoscitivi di per sé non garantiscono alla persona di prendere decisioni coerenti e di attuare le modificazioni comportamentali richieste.

Le variabili in gioco nella dimensione della prevenzione perciò comprendono oltre il livello informativo, anche il grado di percezione del rischio e il quadro soggettivo motivazionale.

Siamo coscienti che è il modello stesso in grado di rafforzare nei detenuti la consapevolezza del proprio valore personale, prerequisito necessario, a far scaturire sentimenti di auto-tutela, infatti, parlando della prevenzione dei rischi di contagio, il discorso

acquisisce a livello meta-comunicativo la capacità di trasmettere il messaggio che la vita e la salute degli individui anche se in stato di detenzione, sono un bene prezioso per tutta la comunità.

Il questionario

Uso qualitativo del questionario. Il gruppo operativo ha realizzato il questionario a partire da una prima fase di documentazione e di ricerca bibliografica sulle malattie infettive in carcere. In primo luogo, il questionario è stato pensato come strumento di comunicazione con la popolazione detenuta, quindi un mediatore, punto di partenza per una riflessione sulla salute e il diritto alla salute in carcere.

Prima della somministrazione ai detenuti il questionario è stato condiviso e sottoposto all'attenzione delle unità responsabili del carcere.

Il personale della struttura riconosce l'importanza e la rilevanza del tema delle malattie infettive e osserva la necessità di "snellire" lo strumento dal punto di vista linguistico.

A tal fine si ritiene opportuno tradurre termini propri del linguaggio medico in termini di uso comune. Esempio: espettorare viene tradotto in sputare. L'intero questionario viene riscritto con il "tu" piuttosto che con la terza persona di cortesia per semplificare il più possibile la comunicazione creando un clima di collaborazione.

L'intesa con l'area educativa e la direzione, ci ha permesso di conoscere in maniera approfondita la tipologia dell'utenza presente nella struttura.

La presenza di detenuti non italiani in grado di comprendere la lingua parlata, ma non sufficientemente quella scritta, ha confermato la necessità di porre l'accento più sui contenuti che sulla forma.

La definizione delle modalità della variabile in una prospettiva di uso qualitativo del questionario risponde quindi ad una necessità di proposta operativa, ad una definizione procedurale del modo di affrontare il tema malattie infettive pensato dal gruppo operativo: conoscenze e comportamenti.

Aspetti quantitativi del questionario. In secondo luogo il questionario è mirato a quantificare la variabile "grado di conoscenza sul tema malattie infettive".

Variabile che abbiamo declinato su due livelli:

- 1° sulle conoscenze teoriche (quali sono le malattie infettive e quali sono preponderanti in carcere - 8 domande);
- 2° sulle conoscenze dei comportamenti a rischio che determinano la diffusione delle malattie infettive (norme igieniche e comportamentali da applicare per evitare la diffusione in situazioni di convivenza - 7 domande).

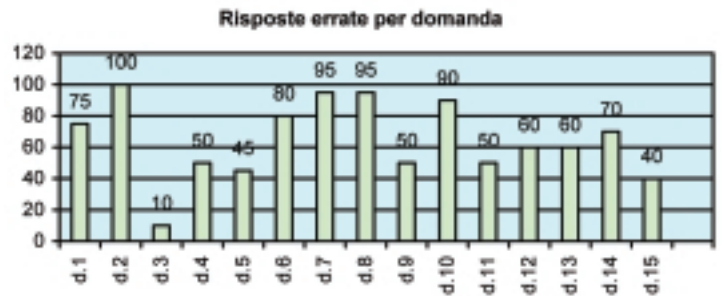
Abbiamo misurato la variabile di conoscenza perseguendo due obiettivi: tarare sui bisogni di conoscenza rilevati l'incontro di formazione-informazione con i detenuti, predisporre una possibile struttura per la realizzazione dell'opuscolo informativo.

Criteri di valutazione del Questionario. La formula scelta per il Questionario quale "*test di profitto*", si concentra sul grado di competenza posseduto sulla materia malattie infettive, misura il grado di padronanza dell'insieme delle cognizioni ed è usato e proposto con un fine educativo.

Questo tipo di test prevede quesiti a cui il rispondente deve fornire risposte corrette e si articola in 15 domande.

Le affermazioni corrette ad ogni domanda possono essere più di una e abbiamo considerato esatta la risposta quando sono segnate tutte le affermazioni esatte.

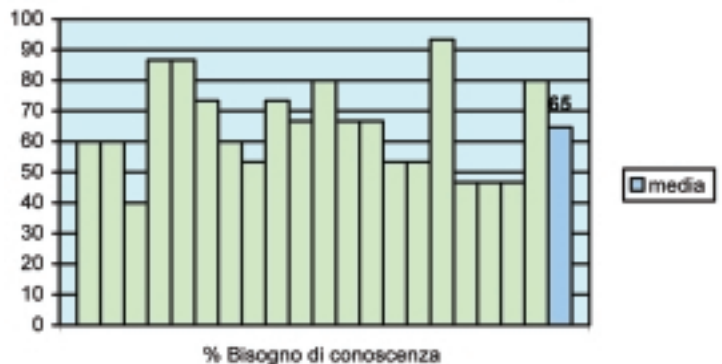
Abbiamo così ottenuto una scala di punteggio che va da 0 a 15, dove si esprime un continuum tra conoscenza e ignoranza sul tema proposto:



"0" è il punteggio massimo che indica nessun bisogno di conoscenza; "15" è il punteggio indicante il massimo grado di bisogno di informazione.

Nella valutazione visti gli obiettivi, abbiamo preferito evidenziare le frequenze di risposta sbagliate piuttosto che quelle giuste, per circoscrivere i temi dove c'è minore chiarezza e quindi maggior bisogno di informazione.

Di norma il punteggio ottimale per cui la popolazione possiede una conoscenza è il 95% di risposte esatte, mentre nessuna domanda proposta nel questionario raggiunge questo standard, perciò tutti i temi proposti dovranno essere affrontati in modo compiuto ed esaustivo.



Il bisogno di conoscenza sul tema "malattie infettive" è emergente. Il punteggio medio è di 10 punti che equivale al 65% di risposte errate sul totale.

La presentazione del questionario ai detenuti. L'incontro con i detenuti, in coerenza con gli obiettivi prefissati, è stato volto alla ricerca della loro collaborazione per produrre insieme l'opuscolo informativo.

La comunicazione è stata orientata ad evidenziare il valore del loro contributo come soggetti attivi protagonisti del progetto-intervento, rendendoli consapevoli che loro oltre ad essere i primi destinatari del progetto di prevenzione, costituiscono anche un campione, per noi rappresentativo dei bisogni appartenenti alla popolazione carceraria, riferimento indispensabile per produrre un opuscolo informativo con indicazioni chiare per la tutela della salute dei detenuti.

È stata poi proposta la compilazione anonima del questionario. Nonostante gli accorgimenti adottati si rileva comunque il problema delle barriere linguistiche e nasce il proposito in accordo con i detenuti di realizzare l'opuscolo informativo in più lingue.

Valutazione qualitativa dell'intervento. La risposta dei detenuti alle nostre sollecitazioni è stata positiva e ha prodotto un feedback sull'efficacia del modello comunicativo attuato, infatti il riconoscimento del valore sociale del loro impegno è risultato uno strumento adeguato ed efficace per costruire una relazione di collaborazione, finalizzata al processo educativo.

Tutti i detenuti contattati hanno aderito al progetto e hanno compilato il questionario (totale n. 20 questionari).

Limiti dell'intervento. La struttura del carcere di Grosseto caratterizzata da un forte turn-over, ha fatto sì che la composizione dei gruppi di lavoro con i detenuti fosse soggetta a variazioni.

Nonostante questi fattori logistici strutturali, per i quali di volta in volta potevamo incontrare alcuni soggetti nuovi, si è sempre riscontrato un'adesione al progetto entusiasta e collaborativa.

La restituzione del questionario alla popolazione detenuta. In linea con l'obiettivo generale del progetto abbiamo svolto un incontro di restituzione in forma di gruppo di discussione con la popolazione detenuta.

L'ipotesi di provvedere alla formazione tramite lezioni frontali con un successivo post-test, che inizialmente pareva più congruente con le modalità direttive del carcere, è stata accantonata in favore del gruppo di discussione, stimato un metodo più coerente con l'obiettivo generale del progetto e la metodologia prescelta.

La possibilità di un post-test di verifica dell'apprendimento sui temi è stata invece esclusa per problemi logistici consistenti nel menzionato turn-over dei detenuti.

Il gruppo di discussione si è svolto alla presenza dell'agente di sorveglianza in turno ed è stato gestito con modalità democratica dagli specialisti del gruppo operativo con i seguenti ruoli: l'infeziologo "l'esperto in materia", l'educatrice "la sollecitatrice della partecipazione dei detenuti" e la psicologa "il gestore del tempo coerentemente con gli obiettivi".

L'opuscolo informativo

Il gruppo opera adesso, in circle-time per facilitare una comunicazione circolare sul tema di discussione formazione-informazione sulle regole igieniche e comportamentali di prevenzione delle malattie infettive nella popolazione detenuta.

Il punto di partenza è il questionario ed il punto d'arrivo è l'elaborazione dell'opuscolo informativo che ha come obiettivo l'educazione tra pari a cascata tra i detenuti stessi.

Grazie ai precedenti incontri i detenuti sono ora in grado di definire i temi dell'opuscolo informativo:

- epatite B e C;
- HIV;
- tubercolosi;
- scabbia;
- pediculosi.

Il gruppo di lavoro discute sulla possibile struttura dell'opuscolo informativo. Si crea così uno schema orientativo dove, per ogni malattia infettiva, sarà indicata:

- la definizione;
- la modalità di contagio;
- la modalità di difesa dal contagio.

I detenuti ipotizzano che per rendere più efficace il messaggio di prevenzione e quindi implementare la capacità comunicativa è opportuno inserire delle immagini nell'opuscolo informativo e loro stessi realizzano la serie d'immagini da assimilare al testo.



La formazione-informazione rivolta al personale

Titolo: La custodia... della Salute

In base all'esperienza uno dei punti su cui focalizzare l'attenzione per fare un intervento senza inviare messaggi proibitivi o "terroristici", è privilegiare la dimensione educativa della prevenzione e fornire perciò la consapevolezza del rischio legato ai comportamenti e delle conseguenze ad esso collegate.

La formazione-informazione sulla diffusione di malattie infettive rivolta al personale del Carcere si è svolta in due giornate, ad ogni giornata sono stati presenti persone diverse.

Il pacchetto formativo è costituito da 3 moduli aventi i seguenti argomenti:

1. Il diritto alla salute in carcere (l'articolo 11 della legge sull'Ordinamento penitenziario (L. 354/1975).
2. Le malattie infettive.
3. Rendicontazione delle attività svolte con i detenuti.

La modalità didattica scelta è stata la lezione frontale interattiva, con uso di supporti multimediali, quali le slides realizzate con il software "Power Point".

Il personale ha mostrato notevole interesse in particolare sulle risposte partecipative dei detenuti.

La mission del corso di formazione è finalizzata ad implementare la coscienza del valore della prevenzione per garantire la promozione della salute nelle sue varie forme.

L'aderenza all'obiettivo generale d'empowerment della struttura ci ha indotto a coinvolgere tutti gli attori facenti parte del progetto e i moduli di lezione sono stati, infatti, concordati insieme alla Direzione, ai Responsabili del settore medico, educativo, trattamentale e di custodia, al fine, non solo di sollecitare la riflessione sul tema, ma attivare e rinnovare le competenze interne della struttura.

FASE IV

- Grado di partecipazione al Corso di formazione da parte degli operatori presenti nel carcere di Grosseto;
- realizzazione questionario forma definitiva;
- numero questionari redatti;
- elaborazione questionari redatti;
- produzione di materiale informativo da distribuire agli operatori e alla popolazione carceraria.

Risultati e indicatori:

- grado di partecipazione al Corso di formazione da parte degli operatori presenti nel carcere di Grosseto: 100%;
- realizzazione questionario forma definitiva: allegato 1;
- numero questionari redatti 20/20;
- produzione di materiale informativo da distribuire agli operatori e alla popolazione carceraria: allegato 2.

Bibliografia

- Ercolani A.P., Areni A., Mannetti L. (1990), *La ricerca in psicologia*, Carocci.
- Zani B., Palmonari A. (1996), *Manuale di psicologia di comunità*, il Mulino.
- Barus-Michel J., Enriquez E., Levy A. (2002), *Dizionario di psicologia*, Raffaello Cortina.
- Amerio P. (2000), *Psicologia di comunità*, il Mulino.
- Moroni M., Esposito R., De Lalla F. (2003), *Manuale di Malattie Infettive*, Masson, VI edizione.
- Mandell G., Bennett J., Dolin R. (2005), *Principles and Practice of Infectious Disease*, Elsevier, sixth edition.
- Dianzani F., Ippolito G., Moroni M. (2004), *AIDS in Italia 20 anni dopo*, Masson.

- Puro V., De Carli G., Soldani F., Cicalini S., Ippolito G. (2003), "Raccomandazioni per la gestione delle esposizioni occupazionali a virus dell'epatite B e C negli operatori sanitari", *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere*, vol. 10, n. 3, luglio-settembre.
- Recommendations for Post-Exposure Prophylaxis against HIV infection in Health Care Workers in Europe. Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. March 2002.
- Sabbatani S., Giuliani R., Manfredi R., Chiodo F. (2005), "Trattamento in carcere di pazienti difficili portatori di infezione HCV con interferone pegilato associato a ribavirina. Ruolo del counseling nel ridurre il drop-out", *Giornale Italiano di Malattie Infettive*, vol. 11, n. 2.
- Carbonara S., Babudieri S., Longo B., Starnini G., Monarca R., Ciraci E., Brunetti B., Andreoni M., Pastore G., De Marco V., Rezza G. e GLIP (Gruppo di Lavoro Infettivologo Penitenziari) (2005), "Prevalenza e fattori di rischio dell'infezione da Mycobacterium tuberculosis in una popolazione detenuta in Italia", *Giornale Italiano di Malattie Infettive*, vol. 11, n. 2.
- Guida Sanford alla terapia HIV-AIDS, 15ª edizione.
- Starnini G., Monarca R., Longo B., Carbonara S., Brunetti B., Ferri F., Armignacco O., Babudieri S. (2005), *Problematiche infettivologiche nelle carceri. Supplemento agli atti del IV congresso nazionale SIMIT*, 12-15 dicembre.
- Babudieri S., Longo B., Sarmati L. (2005), "Correlates of HIV, HBV and HCV infections in a Prison Inmate Population: Result from a multicentric study in Italy", *Journal of Medical Virology*.
- Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo automatizzato, Sezione Statistica (2003), *Rilevazione semestrale tossicodipendenza e infezione da HIV negli Istituti Penitenziari italiani*.
- Corte dei Conti, Sezione Centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato (2005), *Relazione sullo stato di attuazione della disciplina di riordino della medicina penitenziaria*.
- Carbonara S., Babudieri S., Longo B. (2005), "Correlates of Mycobacterium tuberculosis infection in a prison population", *Eur. Respir.*, 25.
- WHO (2000), *Tuberculosis Control in prisons. A manual for Programme Managers WHO/CDS/TB*, 281, Geneve.
- Clinical Evidence*, 3ª edizione italiana. *Dermatologia, Pediculosi del capo*.
- Clinical Evidence*, 3ª edizione italiana. *Dermatologia. Scabbia* Piazza M. *Epatite Virale Acuta e Cronica*, VIII Ed. Ghedini, Napoli.
- La tutela della salute in carcere - Parte Seconda - Osservatorio Regionale Carceri - Emilia Romagna*, dicembre 2005.
- Cd-Rom. Epa show. *I virus dell'Epatite B & C, guida alla prevenzione a cura della sezione ANLAIDS "Felicia Impastato" Palermo*. Realizzato da Immaginario s.n.c.

RECENSIONE



Adelmo Fiocchi, Fabio Madeddu, Cesare Maffei (a cura di)

LA VALUTAZIONE NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Testi
Direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 256, € 20,50 - Cod. 231.2 (V)

Il volume affronta la questione della valutazione dell'intervento per servizi di diagnosi, cura e riabilitazione di persone con problemi legati ai consumi e all'abuso di sostanze psicoattive. Risponde all'esigenza sempre più pressante nel panorama nazionale ed internazionale di metodologie e strumenti che supportino il lavoro di monitoraggio e verifica degli interventi, offrendo spunti di riflessione utili per chi deve rispondere a richieste istituzionali di valutazione dell'effici-

cia e dell'efficienza in un'ottica di offerta di servizi di qualità. Questo testo è quindi indirizzato agli operatori impegnati nell'intervento sulle dipendenze patologiche (operatori dei Ser.T. e di altri servizi territoriali, semi residenziali e residenziali) e, data la rilevanza del tema della valutazione all'interno del settore dell'intervento socio-sanitario e socio-assistenziale, agli operatori di settori affini, interessati ad approfondire il tema e confrontarsi con esperienze diverse.

Adelmo Fiocchi, psicologo, psicoterapeuta, responsabile area dipendenze della Cooperativa Sociale La Strada, presidente del Coordinamento Privato Sociale delle Dipendenze in Provincia di Lecco.

Fabio Madeddu, psichiatra, psicoterapeuta, professore associato di Psicologia clinica Università degli Studi di Milano Bicocca, Facoltà di Psicologia.

Cesare Maffei, professore ordinario di Psicologia clinica - Università Vita-Salute San Raffaele, e Primario del Servizio di Psicologia clinica e Psicoterapia, Ospedale San Raffaele di Milano.

NOTIZIE IN BREVE

Incontro nazionale FeDerSerD-FICT

Il 2 agosto 2006 a Roma, presso la sede nazionale della FICT, si sono incontrate la delegazione di FeDerSerD composta dal presidente Lucchini e dal past president Coacci, e la delegazione FICT composta dal presidente Battaglia e dal membro dell'esecutivo Squillaci.

In un clima molto cordiale Lucchini ha espresso gli auguri di buon lavoro al neo presidente FICT.

È seguito un esame della realtà italiana, della situazione politica, del percorso di alta integrazione.

Le delegazioni hanno ribadito la necessità di riprendere il percorso di alta integrazione, unico baluardo per la salvaguardia del sistema e dell'azione unitaria nei territori.

Sono state esaminate anche prospettive progettuali comuni che potrebbero incidere sul miglioramento della accoglienza e della cura delle persone con problemi di abuso e dipendenza.

Le delegazioni si sono impegnate a riunirsi al più presto con il CNCA, partner fondamentale per i percorsi da tempo avviati.

Metodi immunochimici per il dosaggio dell'ecstasy in campioni biologici

Immacolata Amoroso*, Daniela Giardiello*, Rita Fiore*, Agnese Morani*, Patrizia Padulano*, Luigi Vrenna*

Introduzione

Attualmente l'immissione sul mercato di un numero sempre crescente di nuove droghe sintetiche (*designer-drugs*) non costituisce più un limite per lo screening e per l'urgenza/emergenza della diagnostica tossicologica grazie a kits analitici in grado di individuarne la presenza nei campioni biologici urinari. Questo permette di monitorare con tempestività la popolazione tossico-dipendente e di accertare l'uso occasionale di ecstasy da parte di un numero sempre crescente di giovani che frequentano discoteche o ritrovi il sabato sera. L'utilizzo di questi kits, quindi, fornisce immediate informazioni alla diagnostica medica tossicologica, nell'attesa che il dato analitico venga confermato con strumentazioni più sofisticate e costose, che richiedono una delicata fase preanalitica, tempi di attesa più lunghi e personale specializzato. La MDMA, composto semisintetico dei derivati amfetaminici, è consumata in compresse o pasticche di varie figure, forme, dimensioni e colori e viene commercializzata con diversi nomignoli da strada (Adam, XTC, X, Rave, E).

Il suo principio attivo è spesso costituito da molecole chimicamente eterogenee di composizione mai costante (amfetamine, metamfetamine, analgesici, allucinogeni, anabolizzanti) ed è "tagliato" con sostanze che ne formano un cocktails ad alto potere tossicomanoico (es. caffeina, efedrina, derivati dell'amido, detergente).

La compressa è sintetizzata facilmente in laboratori clandestini, grazie alla semplice reperibilità della materia prima e ai bassi costi di produzione. Il conseguente costo contenuto ha determinato un continuo aumento del consumo/abuso illecito.

Questa sostanza è considerata entactogena o empatogena, perché provoca euforia, maggiore capacità di comunicazione e aumento della resistenza fisica. Frequentemente può produrre anche effetti fisiologici letali, come disturbi cardiovascolari (tachicardia, ipertensione, aritmia), disidratazione, riduzione delle capacità di coordinamento e manifesta azione antifame. Strutturalmente l'MDMA è un ibrido chimico tra la mescalina e l'amfetamina e ne possiede effetti farmacologici simili. Ciò che la differenzia è un alto rischio di neurotossicità a causa della presenza di un gruppo metilendiossileico in posizione 3,4 sul nucleo benzenico, infatti sono le sostituzioni sull'anello, sulla catena o sul gruppo amminico che ne variano l'azione farmacologica (figura 1).

La MDMA è metabolizzata principalmente a livello epatico in MDA mediante N-demetilazione catalizzata dal sistema citocromo P-450, in particolare dal CYP2D6. Tra le altre vie metaboliche più conosciute ci sono: la O-demetilazione; la deaminazione; la O-metilazione e la O-coniugazione per formare glucuronati e/o solfati (figura 2). I primi effetti psichedelici della sostanza si manifestano entro 20-60 minuti dall'assunzione e

Fig. 1 - Strutture chimiche

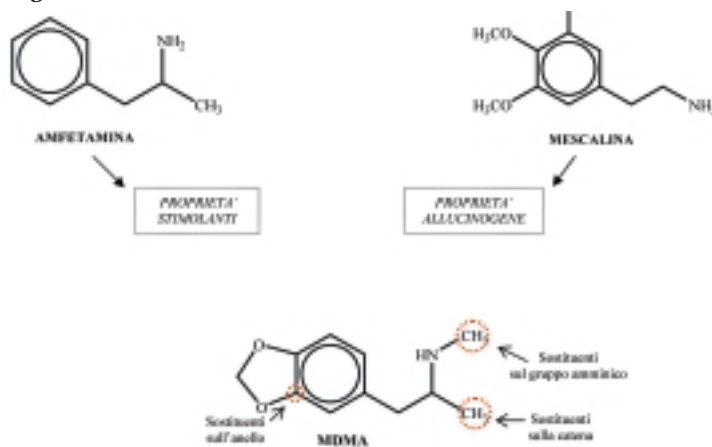
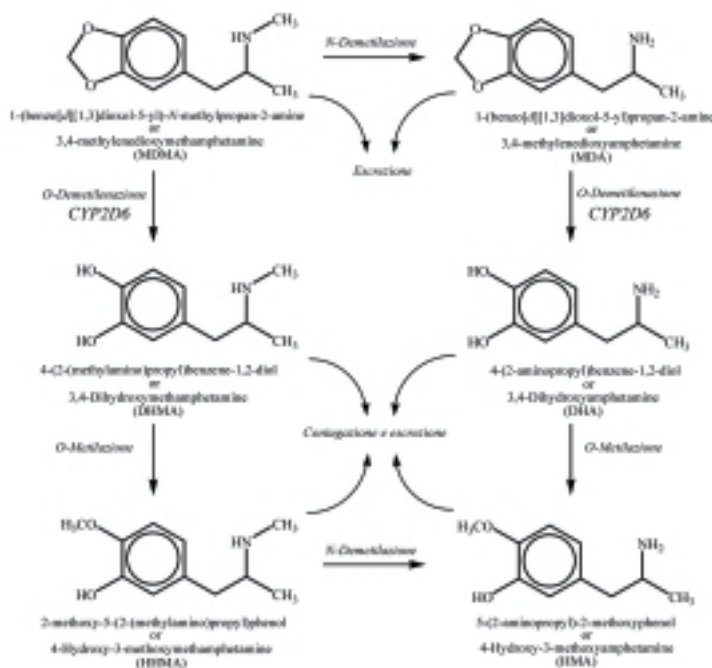


Fig. 2 - Principale via metabolica della MDMA



durano 3-4 ore, l'assorbimento avviene sia per via parenterale che per via orale. La sua concentrazione plasmatica è massima 1-2 ore dopo l'assunzione con emivita di 6-7 ore. Nelle urine si ha la presenza di un picco dopo circa 24 ore dall'assunzione con emivita di 72 ore (ne viene escreta circa il 70%).

L'eliminazione della molecola è influenzata dal pH. In questo lavoro sono stati analizzati campioni biologici urinari provenienti dalle diverse UU.OO. dell'area metropolitana ASL Napoli 1 con tre metodi immunochimici posti a confronto per verificarne le caratteristiche analitiche.

* Polo Tossicologico di Riferimento Territoriale per le Farmacodipendenze e le Patologie Correlate ASL Napoli 1.

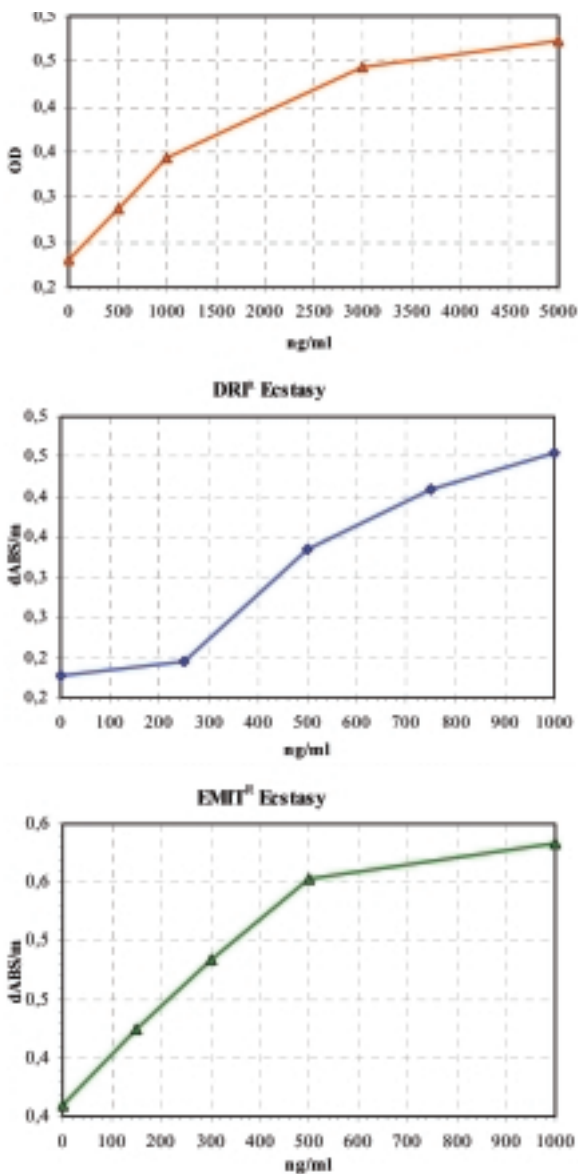
Materiali e Metodi

L'analisi dell'ecstasy è stata eseguita su 100 campioni urinari risultati positivi allo screening per la classe delle amfetamine. Sono stati utilizzati tre diversi metodi immunoenzimatici: test CEDIA® Amfetamine/Ecstasy, DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy. Le determinazioni sono effettuate per via spettrofotometrica. I primi due metodi sono stati impiegati su analizzatore VIVA VITA-LAB utilizzando metodo semiquantitativo con cut-off di 500 ng/ml; il terzo su sistema Olympus AU600 con metodo semiquantitativo con cut-off di 1000 ng/ml. Per una corretta valutazione dei metodi, sono state eseguite prove di imprecisione, di recupero e di linearità e solo successivamente è stata eseguita la verifica della stabilità delle singole curve di calibrazione. Inoltre per la verifica dei risultati analitici e per l'analisi ROC è stato impiegato come metodo di riferimento il sistema multi-colonna REMEDI-HS.

Statistica

I parametri statistici Sensibilità, Specificità, Predittività positiva e negativa sono stati calcolati secondo Galen e Gambino. L'accuratezza dei metodi è stata determinata come rapporto tra la somma dei veri positivi e negativi ed il numero totale di campioni analizzati. L'analisi ROC è stata, infine, eseguita mediante un programma di statistica in dotazione.

Fig. 3 - Curve di calibrazione



Risultati

Le curve di calibrazione sono state preparate e validate, per ogni singolo metodo considerato, impiegando i calibratori forniti dalle rispettive ditte di produzione (figura 3). Le prove di imprecisione sono state eseguite misurando due controlli a concentrazione nota (*low-control* e *high-control*) in duplicato per 20 volte nella stessa seduta (ripetibilità) ed in 20 sedute diverse (riproducibilità) (figure 4-5-6) determinandone i valori di media, deviazione standard (SD) e coefficiente di variazione (CV%) (tabella 1).

Fig. 4 - Intra e inter-saggio CEDIA® Amphetamines/Ecstasy

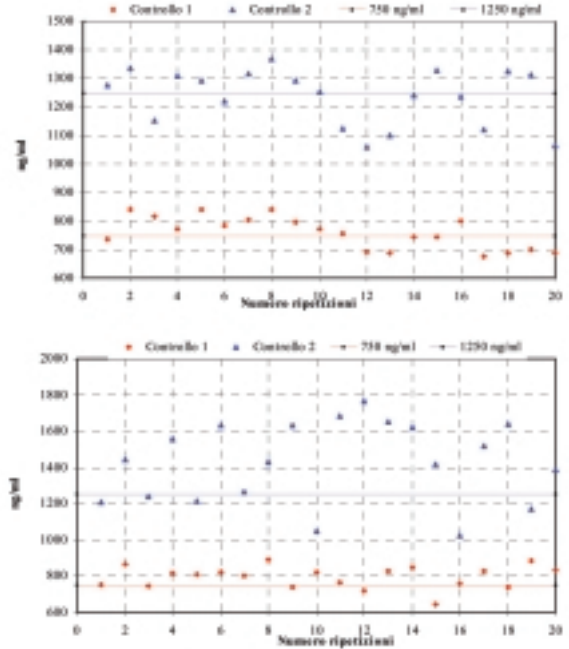
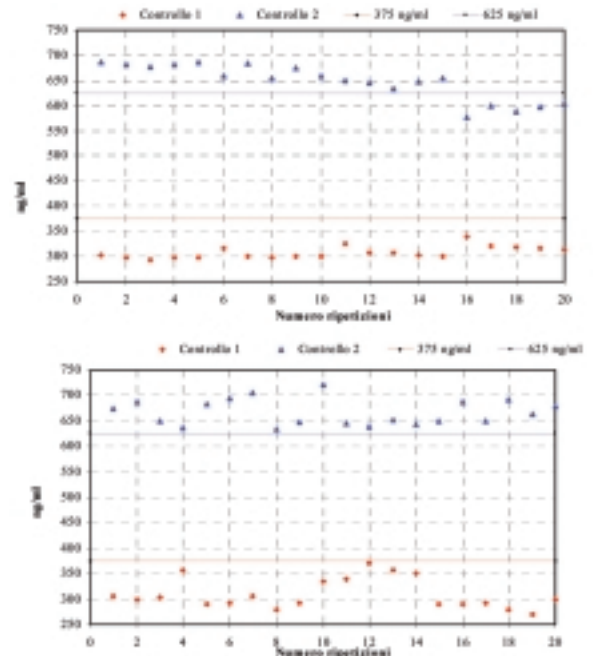
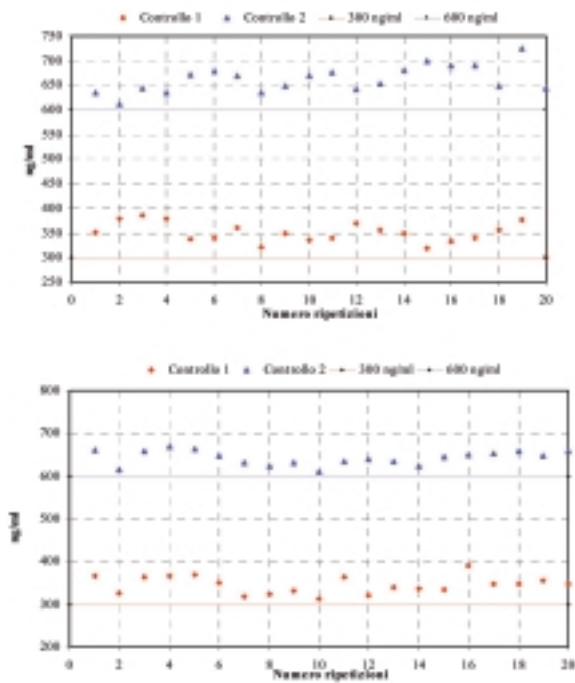


Fig. 5 - Intra e inter-saggio DRI® Ecstasy



I valori del coefficiente di variazione riscontrati per il metodo DRI® Ecstasy sono risultati migliori rispetto a quelli ottenuti con il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy, confrontabili, invece, con quelli ottenuti con il metodo EMIT® Ecstasy.

Fig. 6 - Intra e inter-saggio EMIT® Ecstasy



Tab. 1 - Valori imprecisione intra e inter-saggio

CEDIA® Amfetamine/Ecstasy

Controlli	INTRA-SERIE (20 Misure)		
	MEDIA	SD	CV %
750	795,6	61,6	7,7
1250	1435,5	233,4	16,3

Controlli	INTER-SERIE (20 Misure)		
	MEDIA	SD	CV %
750	759,1	56,1	7,4
1250	1236	97,4	7,9

DRI® Ecstasy

Controlli	INTRA-SERIE (20 Misure)		
	MEDIA	SD	CV %
375	307,8	11,7	3,8
625	646,9	35,2	5,4

Controlli	INTER-SERIE (20 Misure)		
	MEDIA	SD	CV %
375	309,9	29,9	9,6
625	666,7	25,6	3,8

EMIT® Ecstasy

Controlli	INTRA-SERIE (20 Misure)		
	MEDIA	SD	CV %
300	345,4	20,7	6,0
600	642,7	16,8	2,6

Controlli	INTER-SERIE (20 Misure)		
	MEDIA	SD	CV %
300	349,0	22,2	6,4
600	662,2	27,4	4,1

Per le prove di recupero sono stati preparati campioni arricchiti con concentrazioni note con intervallo da 100 a 1000 ng/ml per ogni singolo metodo considerato.

La percentuale di recupero è stata calcolata come rapporto tra la media dei valori sperimentali ed il valore di concentrazione teorico (figura 7).

Le prove di linearità sono state eseguite utilizzando calibratori a concentrazione nota opportunamente diluiti. In grafico sono stati riportati i valori delle concentrazioni sperimentali in funzione di quelle teoriche ottenendo delle rette di regressione (figura 8).

I valori dei coefficienti di determinazione (R^2) calcolati per tutti e tre i metodi indicano una buona correlazione tra i valori sperimentali e quelli teorici.

La stabilità della curva è stata calcolata effettuando misure dei calibratori ogni 3 giorni per un totale di 20 giorni. La figura 9 mostra i valori sperimentali di concentrazione per il calibratore di 1000 ng/ml per il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy, e per i calibratori di 500 ng/ml per i metodi DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy.

Fig. 7 - Prove di Recupero CEDIA® Amfetamine/Ecstasy, DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy

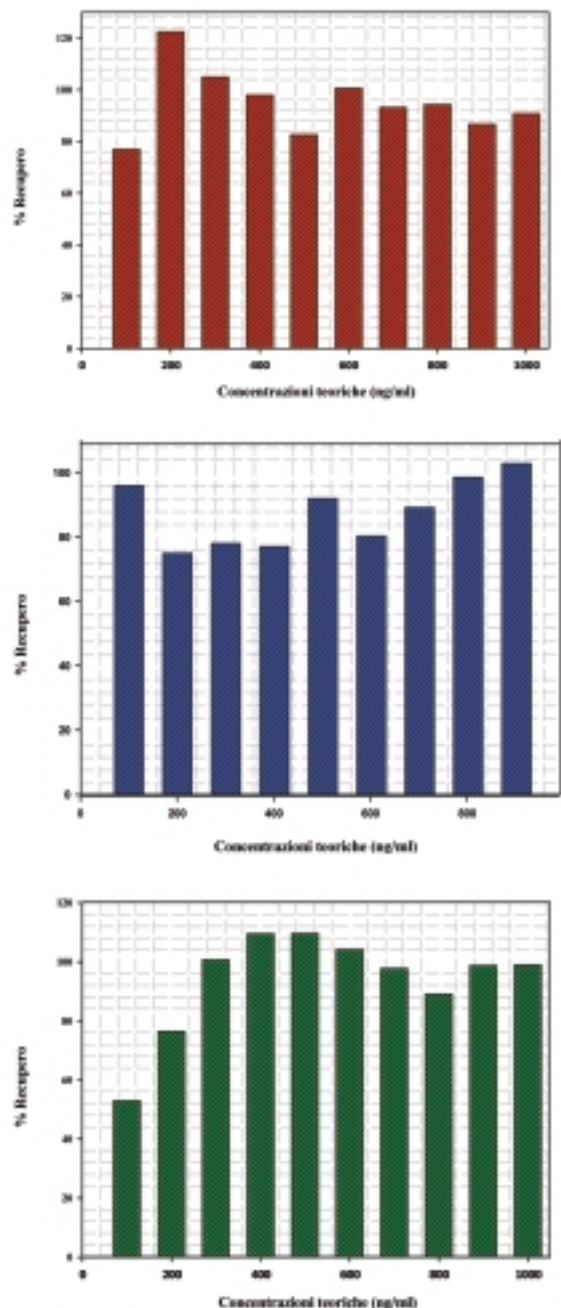


Fig. 8 - Prove di Linearità CEDIA® Amfetamine/Ecstasy ($R^2=0,98$), DRI® Ecstasy ($R^2=0,96$), EMIT® Ecstasy ($R^2=0,98$)

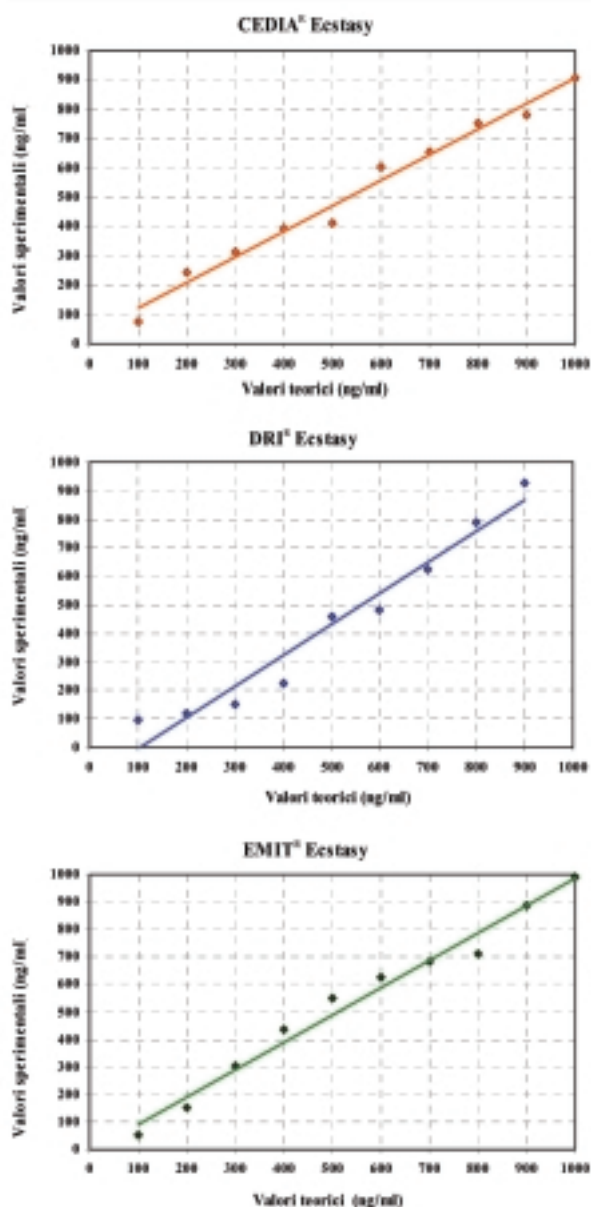
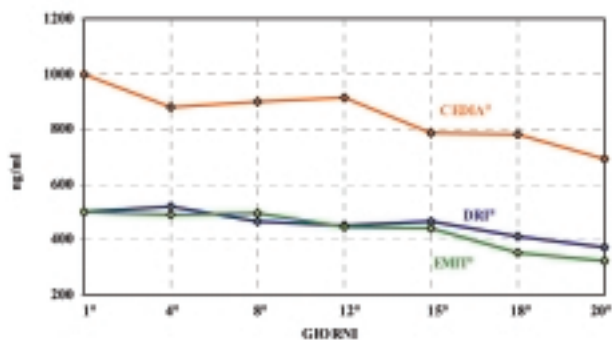


Fig. 9 - Stabilità



Dai risultati si evince una migliore stabilità della curva per i metodi EMIT® Ecstasy e DRI® Ecstasy. In particolare per il kit DRI® Ecstasy la stabilità della curva rimane nell'ambito del 7% fino al 15° giorno della calibrazione, mentre per il kit EMIT® Ecstasy, nello stesso periodo, si ha un decadimento del 12%. Infine per il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy è necessaria una calibrazione giornaliera.

Analisi Campioni

I 100 campioni urinari sono stati analizzati con tutti e tre i metodi di immunochimici posti a confronto e successivamente analizzati su sistema REMEDI-HS per la validazione dei risultati. I metodi EMIT® Ecstasy e DRI® Ecstasy, utilizzati per l'indagine, sono specifici per l'ecstasy ed entrambi sono stati impiegati su uno stesso analizzatore VIVA VITALAB (Dade-Behring).

Dai risultati ottenuti è stata costruita la retta di regressione tra i due metodi sopra citati per verificarne la concordanza (figura 10).

La retta di regressione ha equazione $y=0,946x - 9,08$ con un valore di R^2 pari a 0,89 che indica una buona correlazione tra i dati. La buona concordanza è confermata anche dal diagramma di Bland-Altman (figura 11) in cui si osserva un intervallo stretto intorno alla media (linea blu) di circa due deviazioni standard.

I campioni analizzati con il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy hanno invece presentato una maggiore positività rispetto ai due metodi precedenti perché dosaggio immunoenzimatico non solo per ecstasy bensì per l'intera classe delle amfetamine. In tal caso è stato necessario, per il nostro studio, considerare solo le positività dovute alla presenza di ecstasy confermata dall'analisi mediante sistema di riferimento REMEDI-HS (figura 12); di conseguenza i campioni positivi alle amfetamine sono stati considerati come campioni negativi all'indagine.

A questo punto sono state costruite le tabelle di contingenza (tabella 2) da cui poi sono stati calcolati i parametri di Sensibilità Diagnostica (S.D.), Specificità Diagnostica (SP.D.), Predittività Positiva (PP), Predittività Negativa (PN) e Accuratezza (Acc.).

Fig. 10 - Retta di regressione tra DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy

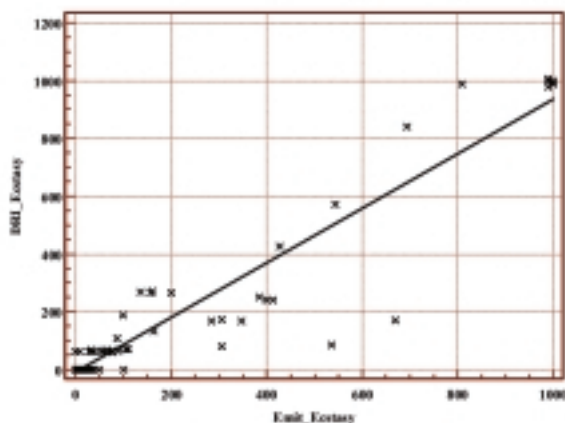


Fig. 11 - Curva di Bland-Altman tra DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy

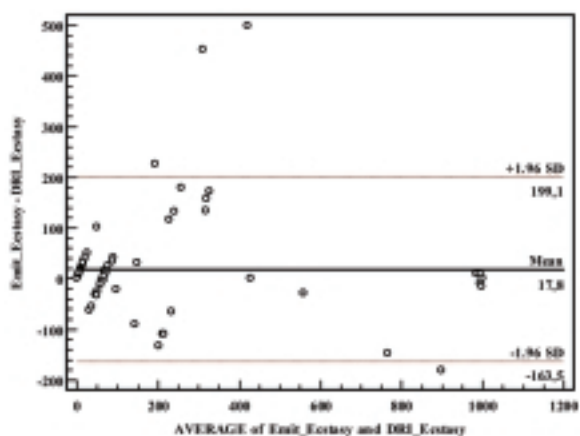
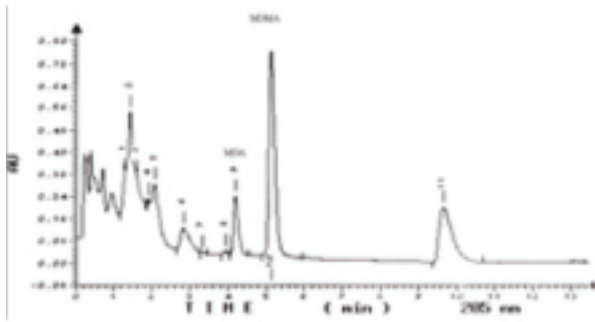


Fig. 12 - Cromatogramma di un campione positivo confermato mediante sistema REMEDI-HS



Tab. 2 - Tabelle di contingenza per i metodi: CEDIA® Amfetamine/ Ecstasy (A), DRI® Ecstasy (B), EMIT® Ecstasy (C)

SISTEMA REMEDI-HS

	+	-
A +	9	3
A -	3	85

	+	-
B +	8	0
B -	2	90

	+	-
C +	9	2
C -	2	87

Dalle tabelle sopra riportate si osserva che per il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy EMIT® Ecstasy (A) si hanno tre falsi positivi dovuti alla presenza di Efedrina e Fenfluramina; per il metodo DRI® Ecstasy (B) l'assenza di falsi positivi ne ha determinato una maggiore specificità ed infine per il metodo EMIT® Ecstasy (C) sono stati riscontrati due falsi positivi dovuti alla presenza Metamfetamina.

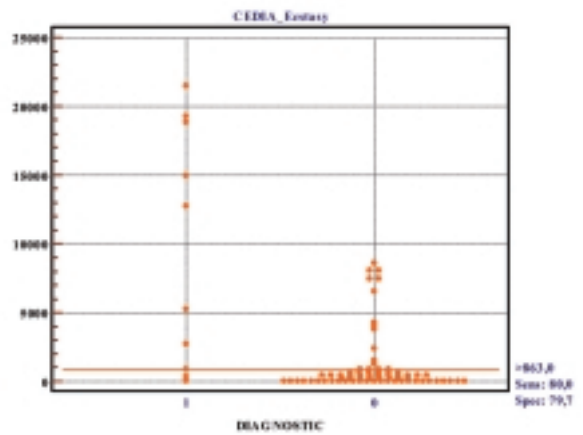
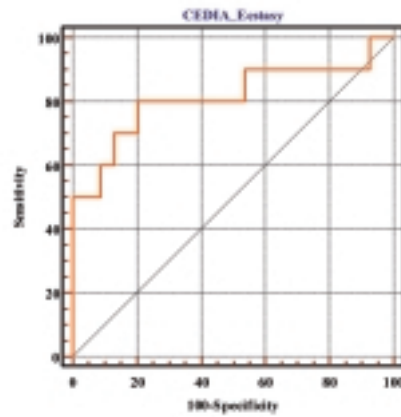
In tabella 3 sono riportati i parametri statistici calcolati per ciascun metodo.

Tab. 3 - Valori statistici dei metodi analitici considerati

Metodi	PARAMETRI STATISTICI				
	D.S. %	D.SP. %	PP %	NP %	Acc. %
CEDIA®	75	96	75	96	94
DRI®	80	100	100	98	98
EMIT®	82	98	82	98	96

I metodi DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy presentano valori dei parametri statistici confrontabili e migliori rispetto al metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy. I valori di accuratezza sono superiori al 90% per tutti e tre i metodi utilizzati. Dal confronto con i dati ottenuti mediante il sistema di riferimento è stato possibile eseguire l'analisi ROC per valutare il livello di attendibilità dei metodi e verificarne la soglia a cui corrisponde il miglior compromesso tra sensibilità e specificità; tale valore è riportato sulla destra di ogni diagramma di interazione a punti, rappresentato accanto alle curve ROC nelle figure successive. In questo diagramma, che è parte dell'analisi ROC, i dati dei gruppi positivi e negativi, indicati rispettivamente con 1 e 0, sono riportati sulle due linee verticali. La linea orizzontale indica il cut-off calcolato a cui corrisponde la migliore separazione tra i due gruppi. Per il metodo EMIT® Ecstasy si ha un valore soglia >537 a cui corrisponde una sensibilità del 78% ed una specificità del 98,5%; per il metodo DRI® Ecstasy si ha un valore soglia >270 a cui corrisponde una sensibilità pari a 80% e una specificità del 100%; infine per il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy si ottiene un valore soglia >860 a cui corrisponde un valore di sensibilità e specificità pari a 80%.

Fig. 13 - Curva ROC e rispettivo diagramma a punti per il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy



Le aree delle curve ROC sono risultate: 0,81 per il metodo CEDIA® Amfetamine/Ecstasy (95% intervallo di confidenza 0,708-0,891) (Figura 13); 0,92 per il metodo DRI® Ecstasy (95% intervallo di confidenza 0,832-0,966) (figura 14) e 0,93 per il metodo EMIT® Ecstasy (95% intervallo di confidenza 0,840-0,970) (figura 15).

In conclusione, considerato l'insieme delle prove effettuate per la determinazione dell'ecstasy in campioni urinari, possiamo ritenere buona l'affidabilità di tutti e tre i metodi presi in esame i quali possono facilmente essere impiegati su analizzatori di chimica clinica a sistema aperto.

Conclusioni

L'ecstasy sembra essere la sostanza che più di altre risponde alla maggior parte dei requisiti che caratterizzano le *designer-drugs* di cui è considerata la principale esponente tra gli analoghi MDEA, MDA, MDBD. Un fondamentale problema però è che sul mercato nero spesso viene spacciato di tutto tranne che MDMA essendo, questa, prodotta nei laboratori illegali. È stato accertato, infatti, che in media le pastiglie contengono dalle due alle otto sostanze diverse di cui l'MDMA, ammesso che sia presente, è una delle varie metossiamfetamine che pongono non pochi problemi di identificazione anche e soprattutto ai fini legali.

Per quanto riguarda i metodi analitici è chiaro che oltre ad essere semplici e di facile esecuzione devono essere caratterizzati da un'adeguata specificità ed una soddisfacente capacità di rilevazione. Tali qualità sembrano essere state rispettate dai metodi DRI® Ecstasy e EMIT® Ecstasy posti a confronto, mentre ovvia è stata la relativa "bassa" specificità per il metodo CEDIA® Amfe-

Fig. 14 - Cirva ROC e rispettivo diagramma a punti per il metodo DRI® Ecstasy

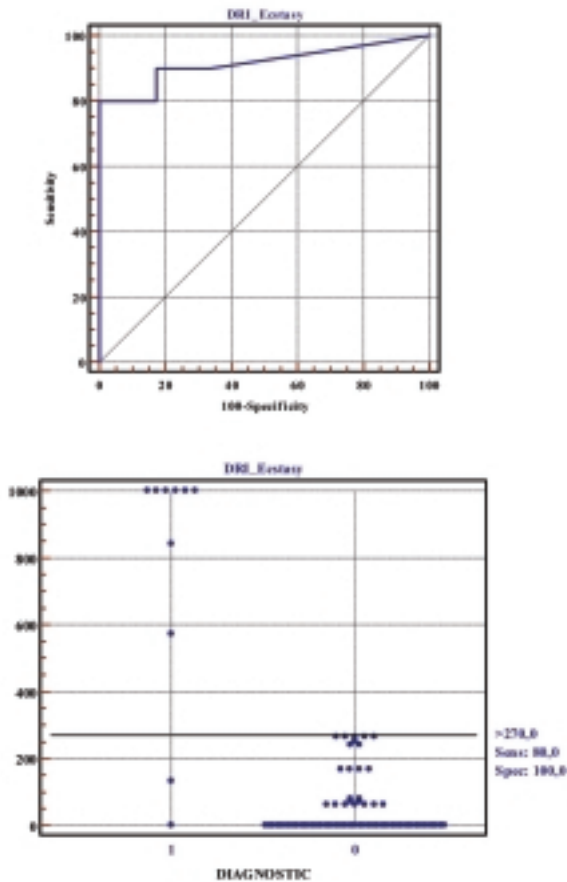
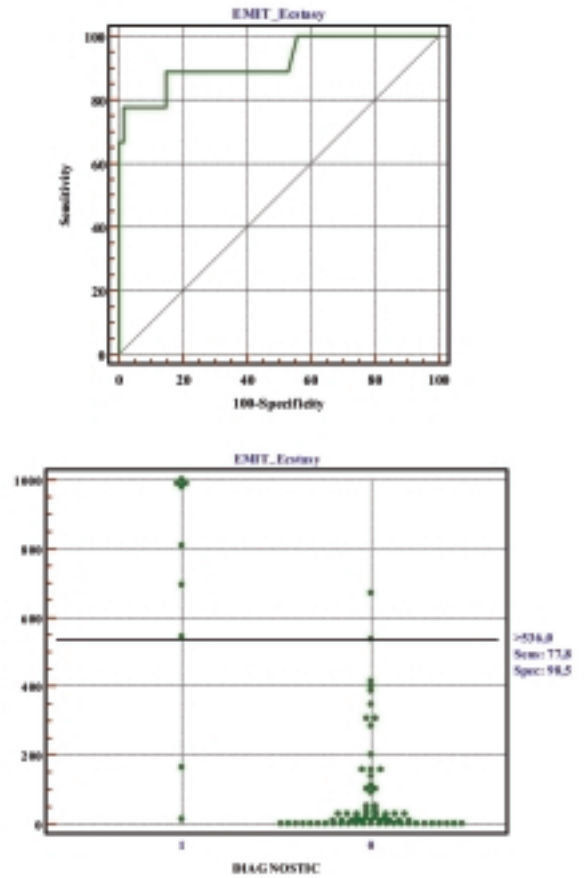


Fig. 15 - Curva ROC e rispettivo diagramma a punti per il metodo EMIT® Ecstasy



tamine/Ecstasy essendo un kit non solo per Ecstasy bensì anche per Amfetamine. L'utilizzo di quest'ultimo, però, considerata la mole di lavoro (numero elevato di campioni) e i tempi brevi di analisi richiesti, risulterebbe del tutto vantaggioso.

Nel caso in cui invece è necessaria un'indagine più specifica quale quella dell'ecstasy, i kits EMIT® Ecstasy e DRI® Ecstasy più soddisfano le esigenze analitiche richieste.

Bibliografia

Lin L.Y., Di Stefano E.W., Schmitz D.A., Hsu L., Ellis S.W., Lennard M.S., Tucker G.T. and Cho A.K. (1997), "Oxidation of methamphetamine and methylenedioxymethamphetamine by CYP2D6", *Drug Metab. Dispos.*, 25, 1059-1064.

Kreth K., Kovar K., Schwab M. and Zanger U.M. (2000), "Identification of the human cytochromes P450 involved in the oxidative metabolism of 'Ecstasy' - related designer drugs", *Biochem. Pharmacol.*, 59, 1563-1571.

Zhao H., Brenneissen R., Scholer A., McNally J., Elshohly M.A., Murphy T.P., Salamone S.J. (2001), "Profiles of urine samples taken from

Ecstasy users at Rave parties - Analysis by immunoassay, HPLC, and GC-MS", *J. Anal. Toxicol.*, 25:258.

Steele T.D., McCann U.D., Ricaurte G.A. (1994), "3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy"): pharmacology and toxicology in animals and humans", *Addiction*, 89:539-551.

Ratray M. (1991), "Ecstasy: towards an understanding of the biochemical basis of the actions of MDMA", *Essay Biochem*, 26:77-87.

Gessa G.L. (1994), "Ecstasy: meccanismo d'azione e neurotossicità", *Medicina delle tossicodipendenze*, vol. 2(4):44-46.

Amoroso I., Vrenna L., Fiore R., Giardiello D., Visconti M.C., Gionfriddo R., Castrogiovanni V. (2004), "Analisi qualitativa e semi-quantitativa di Amfetamine/Metamfetamine in campioni urinari. Affidabilità del test immunoenzimatico Emit II Plus nella valutazione diagnostica relativa al consumo di sostanze entactogene", *Mission*, 13/2004, 23-30.

Gimeno P., Besacier F., Chaudron-Thozet H., Girard J., Lamotte A. (2002), "A contribution to the chemical profiling of 3,4-methylenedioxymethamphetamine", *Forensic Sci Int*, 127:1-44.

Liang R.R. (2001), "New trends in MDMA synthesis in western Canada", *Proceedings in 11th Annual Clandestine Laboratory Investigating Chemists, Association Technical Training Seminar*.

Strote, Jared *et al.* (2002), "Increasing MDMA use among college students: results of a national survey", *Journal of Adolescent Health*, 30, 64-72.

Corso di perfezionamento in PSICOPATOLOGIA DELLE DIPENDENZE



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE SANITARIE
APPLICATE E PSICOCOMPORTAMENTALI
Sezione di Psichiatria **a.a. 2006-2007**

Programma

Il programma si articola in 3 moduli:

1. *area neurobiologica/evoluzionismo*
2. *area clinico-diagnostica/epidemiologica*
3. *area organizzativo gestionale*.

Obiettivi

Il Corso tende a fornire saperi e sviluppare competenze sulle nuove acquisizioni in ambito:

Neurobiologico. Dare rilievo a quei contributi nell'ambito delle neuroscienze che possono fornire un importante background neurobiologico per una lettura più articolata del fenomeno delle dipendenze patologiche. Si vuole mettere in evidenza anche quella corrente evoluzionistica, ormai importante, per leggere il fenomeno tossicomania.

Clinico/Diagnostico/Epidemiologico. A partire da un inquadramento generale sul disagio contemporaneo della civiltà in cui si inserisce il problema delle tossicomanie si vuole fornire una serie di contenuti utili per una approfondita comprensione del fenomeno. Integrando le recenti acquisizioni sul trattamento dei Disturbi di personalità, dei processi operativi interni della psicofarmacologia.

Gestione dei processi di cura in cui verrà articolato il problema del trattamento istituzionale in dialettica tra il paziente e l'istituzione allo scopo di individuare quali possono essere le prassi migliori inserendole in una cornice etica in cui il soggetto e l'istituzione devono muoversi per "dare senso ad una pratica di cura".

Destinatari

Il corso è rivolto preferibilmente a operatori nel settore delle dipendenze, laureati secondo il nuovo o previgente ordinamento in: Medicina e Chirurgia, Psicologia, Scienze Pedagogiche, Scienze dell'Educazione e della Formazione, Scienze del Servizio Sociale, Scienze Infermieristiche, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica o altro titolo equivalente, ritenuto valido dalla vigente legislazione ai fini dell'accesso a Corsi di formazione post-base attivati dalle Università, purchè congiunto a diploma di istruzione secondaria di II grado.

Sono previsti un massimo di 60 partecipanti.

Sede: Università degli Studi di Pavia

Frequenza: Il corso prevede un monte ore di 375 articolato in:

- 115 ore di lezione suddivise in 23 moduli tematici di 5 ore ciascuno
- 35 ore di esercitazione
- 225 ore per attività di studio individuale

La frequenza è obbligatoria per almeno il 75% del monte ore previsto.

Il corso corrisponde a n. 15 crediti formativi universitari (CFU).

Al termine del corso verrà rilasciato dall'Università degli Studi di Pavia un attestato di partecipazione.

Il bando di ammissione sarà disponibile dalla metà di novembre sul sito: www.unipv.it/webesami/post.htm

La quota di iscrizione è di 1400 euro.

Segreteria scientifica

Prof. Francesco Barale - Prof. Tommaso Vecchi - Prof. Maurizio Fea - Prof. Stefano Pozzoli

Segreteria organizzativa

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Pavia, Piazza Botta, 6 27100 (Pavia)

Prof. Maurizio Fea - Prof. Stefano Pozzoli - Dott.ssa Alice Gambetta

Per informazioni:

e-mail: cppd@unipv.it; www.unipv.it/webpsyco

tel. 340.1579849 - fax 0382.986272

Insegnamenti del corso

Area neurobiologica/evoluzionismo

- Neurochimica dell'addiction e neuroimaging
- Motivazione e processi decisionali
- Processi cognitivi e addiction
- Evoluzione e Addiction
- Neurologia del rispecchiamento e ricaduta tossicomania
- Esperienza ottimale mimetica nella tossicomania e selezione psicologica umana
- Esercitazioni e casi clinici

Area clinico diagnostica/epidemiologica

- Il disagio attuale della civiltà e la tossicomania
- Epidemiologia in chiave italiana ed europea
- Psicodinamica delle dipendenze patologiche
- Modelli operativi interni e diagnosi dell'attaccamento
- Diagnosi dimensionale e diagnosi categoriale
- *Esercitazioni e casi clinici*
- Diagnosi di Asse I (DSM IV)
- *Esercitazione e casi clinici*
- Diagnosi di Asse II (DSM IV)
- *Esercitazioni e casi clinici*
- Aggiornamenti in Psicofarmacologia
- *Esercitazioni e casi clinici*
- Trattamento dei disturbi dello spettro Borderline nel paziente tossicomanico
- *Esercitazioni e casi clinici*
- Aspetti criminogeni e perversi dell'abuso di sostanze

Area organizzativo gestionale

- Case management e organizzazione dei processi di cura
- *Esercitazioni e casi clinici*
- Valutazione dei trattamenti
- Organizzazione dei servizi e modelli di cura
- Etica e deontologia per le buone prassi
- Genitorialità e dipendenza. Costrutti interpretativi
- Adolescenza e rischio: tra scuola e servizi
- Le relazioni tra il tribunale per i minorenni, i genitori e i servizi Dipendenze

Calendario delle lezioni

Le lezioni saranno a cadenza quindicinale

Il venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00

Il sabato dalle 9:00 alle 13:00

dal 27 gennaio 2007 - 29 giugno 2007

DOCENTI DEL CORSO: tra i docenti vi sono formazioni eterogenee tra cui : Professori Universitari, Operatori Ser.D., Psichiatri, Psicoanalisti, Psicologi, Psicoterapeuti, Epidemiologi, Neuroscienziati, Psicopatologi Forensi, Giudici TM, Formatori.

Docenti: P. Ambrosi, S. Astori, F. Barale, M. Bassi, S. Basti, E. Bignamini, G. Bottini, E. Caverzasi, I. Cirillo, E. Cozzolino, F. D'Egidio, A. Delle Fave, G. Di Chiara, M. Fea, M. Ferdico, R. Lovaste, A. Lucchini, P. Luzzago, F. Madeddu, E. Manzato, E. Marraffini, F. Mariani, E. Pessa, P. Politi, S. Pozzoli, A. Prunas, M. Recalcatti, F. Sarchi, S. Sciolli, T. Vecchi, L. Villa, E. Zanetti

Ufficio di presidenza Pescara, 16 maggio 2006

Presenti tutti i membri: Lucchini, D'Egidio, Lovaste, Faillace e d'Amore.

La riunione ha inizio alle ore 19.

Il presidente si è soffermato su alcuni elementi del programma triennale della Federazione, richiamando l'impegno da trasmettere a tutte le articolazioni organizzative.

Analizzati i rapporti con CNCA e FICT. Approfondito il ruolo del comitato scientifico.

Approvati, con relazione del segretario esecutivo D'Egidio, i contenuti del contratto triennale con Expopoint con riserva di un ulteriore approfondimento

prima della firma del presidente, su alcuni punti formali.

Approvata la delegazione per il viaggio di studio in USA, noto come progetto Cocaina, per fine anno. La delegazione sarà formata da Lucchini, Faillace, D'Egidio, Nava e Leonardi. Prevista la partecipazione della stampa.

Ripercorsi i tempi e i contenuti del progetto Equal Azienda Notte per il contributo della Federazione.

Proposta per il direttivo nazionale: congresso tematico primavera 2007 a Cagliari (Aspetti cognitivi e addiction) e

terzo congresso nazionale in Campania a ottobre 2007.

Proposta per il direttivo della composizione della commissione nazionale per la revisione del regolamento elettorale. Segue un esame analitico, Regione per Regione, della situazione dei Coordinamenti o delle Federazioni regionali. Vengono definiti gli obiettivi 2006 Regione per Regione.

L'Ufficio di presidenza ha proceduto ad un esame delle problematiche dei servizi, nonché dello stato del coordinamento e delle progettualità nazionali in tema di epidemiologia e qualità.

L'Ufficio di presidenza ha analizzato infine i rapporti con le altre associazioni e l'azione della Federazione nella Consulta e nel Cartello.

La seduta viene chiusa alle ore 23.

Direttivo nazionale Pescara, 17 maggio 2006

La seduta si apre alle ore 20.

Presiede Lucchini, verbalizza D'Egidio. Il presidente apre la seduta.

Assenti giustificati: Balestra, Leonardi, Bignamini e D'Orsi. Assenti: Pentiricci e Coacci.

Presenti Baldassarre e Cozzolino, presidenti di Federazioni Regionali.

Il presidente introduce la discussione del direttivo con alcune considerazioni. La crisi persistente dei Servizi, l'attacco ai Dipartimenti, il blocco degli organici permangono questioni centrali di azione per FeDerSerD.

Lucchini ribadisce la nostra linea di azione nel Cartello sostenuta dai nostri delegati Balestra, D'Egidio e Polidori.

Quali possono essere le nostre richieste alla politica?. Lucchini comunica di ritenere centrali i rapporti con le Regioni, gli organi centrali, e il rilancio dell'alta integrazione. Aggiorna sugli atti compiuti in tal senso. La nomina di don Domenico Battaglia a Presidente FICT lo scorso 15 maggio 2006 viene salutata con un contatto telefonico del direttivo con il neo presidente.

1. Approvazione verbale del direttivo del primo dicembre 2005 a Palermo

Il segretario legge il verbale che viene approvato unanimemente.

2. Ammissione nuovi soci 2006

Vengono esaminate le richieste, sono ammessi circa 350 nuovi soci.

Dopo ampia discussione, alla quale interviene anche il presidente del colle-

gio di garanzia Grande, si decide che le iscrizioni dei soci della Regione Campania sono accettate sub iudice. Le schede, che non sono pervenute per l'assenza del delegato D'Orsi, devono essere inviate entro 10 giorni unitamente ai pagamenti, alla segreteria nazionale. Anche per i soci che si reinscrivono, è necessario che da tutte le Regioni sia fornito l'elenco con indirizzo e schede. La consigliera Bacci chiarisce che in passato sono stati forniti elenchi senza scheda. Si decide che a conclusione di questa fase l'elenco degli iscritti deve essere fornito agli organi esecutivi centrali. Il tutto è approvato con voto unanime.

3. Modifiche statutarie da proporre alla Assemblea

Il presidente legge lo statuto e propone alcune modifiche. L'obiettivo è la semplificazione degli organismi nello spirito delle leggi, considerata la natura di associazione non profit di FeDerSerD. Si propone di riportare le competenze del collegio dei revisori dei conti al direttivo. Il compito di tesoreria viene affidato alla segreteria organizzativa all'interno delle regole contrattuali. La sede legale viene fissata a Milano, presso lo Studio commercialistico Mancini, in Via Giotto n. 3. Il ruolo del past president viene inserito tra le funzioni e poteri previsti per il presidente. Approvato in modo unanime.

4. Approvazione Bilancio Consuntivo 2005 e invio atti alla Assemblea

La consigliera Bacci presenta il bilancio, vidimato dal collegio dei revisori dei conti.

Il direttivo approva in modo unanime il bilancio consuntivo, che risulta con utile, come allegato.

5. Bilancio di Previsione 2006, approvazione e invio atti alla Assemblea

Il presidente indica in un deciso risparmio la linea da seguire. In particolare per le spese centralizzate. Viene abolita la sede sociale autonoma, abolita la tesoreria come organo e inserita nel contratto con la segreteria organizzativa ed eventi nazionale.

Entrate ed uscite a pareggio a 77.157,38 €.

Il direttivo approva in modo unanime.

Quote sociali 2006: si confermano all'unanimità 50 euro per i laureati e 30 euro per i non laureati.

6. Convocazione del III Congresso nazionale 2007

Il presidente, sentito l'ufficio di presidenza, propone di celebrare il III congresso nazionale in una regione del sud e in particolare a Napoli. Data presumibile settembre-ottobre 2007. La discussione evidenzia l'accettazione della proposta, l'Ufficio di presidenza formulare ulteriori proposte sui temi da affrontare al direttivo. Sicuramente necessita un maggior coinvolgimento rispetto al passato del comitato scientifico. Alcuni interventi evidenziano la necessità di trattare i temi con qualità, di limitare le relazioni e favorire la discussione, di prevedere una sessione rivolta a UE e ONU rispetto alle politiche internazionali sulle droghe considerato che nel 2008 è prevista una revisione internazionale.

Il direttivo approva anche la celebrazione in Sardegna, nella primavera del 2007, di un congresso tematico nazionale sul tema "Neuroscienze e Addiction", proposto da Roberto Pirastu.

Il presidente invita i consiglieri a limitare nel 2007 gli eventi locali, considerando le decisioni assunte.

Varie

Costituzione di una commissione per la elaborazione del regolamento elettorale

Il presidente illustra l'obiettivo: elaborare un regolamento snello che allarghi le regole democratiche. I lavori devono terminare entro aprile 2007 con l'Assemblea nazionale che tendenzialmente verrà proposta durante il congresso tematico nazionale di Cagliari.

Sono unanimemente indicati D'Egidio, Grande, Balestra.

Rapporti con le altre associazioni

Buono il rapporto con SITD in quasi tutte le aree del paese ove SITD ha una presenza.

In Piemonte-Valle D'Aosta e Puglia i rapporti sono in fase avanzata di interazione e, pur proseguendo la costituzione delle Federazioni regionali di FeDerSerD in tali regioni, si ritiene di proseguire nella linea intrapresa. Si prevede un incontro FeDerSerD-SITD in tempi brevi, già avvenuti i contatti tra i presidenti. Per quanto riguarda la Consulta delle Associazioni e Società Scientifiche si è in una fase interlocutoria, per i cronici problemi derivati dalle diverse missioni e presenze organizzate e rappresentatività delle associazioni. Il direttivo chiede ai nostri delegati e in particolare al co-coordinatore Fea di proseguire negli sforzi unitari su alcuni obiettivi realistici. Relativamente ai Pat-tanti con la Federazione è necessario un maggiore coinvolgimento nella attività, e non solo negli eventi congressuali.

FeDerSerD e progetti nazionali

Il presidente e il consigliere Fea relazionano sullo stato dell'arte del "Progetto

Famiglia" del MIUR. Deleghe esecutive al presidente con atto allegato.

Il presidente relaziona sullo stato dell'arte del Progetto Equal Azienda Notte. Polidori, Fea e la segreteria organizzativa stanno seguendo le azioni progettuali. Nei congressi di Sanremo Alcol e Faenza Scuolina vi saranno due eventi legati al progetto. Deleghe esecutive al presidente con atto allegato.

Situazione nelle varie Regioni

Il direttivo viene informato del lavoro dell'Ufficio di presidenza di ricognizione e sprone per lo sviluppo delle Federazioni regionali. Il presidente invita tutti ad accelerare i tempi della costituzione formale delle Federazioni regionali. Come metodo si decide di inviare al presidente gli atti delle federazioni regionali, per il successivo invio al responsabile del collegio di garanzia.

Il prossimo direttivo sarà convocato a Sanremo durante il congresso di settembre 2006 sull'alcol.

La seduta è sciolta alle ore 24.

Assemblea nazionale Montesilvano - Pescara, 18 maggio 2006 Centro Congressi Serena Majestic

L'Assemblea nazionale di FeDerSerD si è aperta alle ore 19.45.

Presenti n. 53 soci.

Nominati Presidente dell'Assemblea alla unanimità Alfio Lucchini e verbalizzante alla unanimità Pietro Fausto D'Egidio.

1. Vengono approvati i verbali della seduta precedente
2. Relazione del presidente: attività svolta dalla Federazione sia dal punto di vista formativo che istituzionale politico nel 2005.
Approvata all'unanimità
3. Presentazione del Bilancio Consuntivo dell'anno 2005.
Approvato all'unanimità
4. Presentazione del Bilancio Preventivo 2006.
Approvato all'unanimità
5. Sono approvate all'unanimità alcune modifiche statutarie, delegando Presidente e Segretario esecutivo alla stesura definitiva e registrazione delle variazioni di statuto.
Lo Statuto della Federazione così come approvato è allegato agli atti.
6. Approvazione, all'unanimità, della nomina del nuovo membro del Con-

siglio Direttivo Nazionale - Dottor Roberto Pirastu.

7. Convocazione del Congresso

Nazionale 2007 della Federazione nel mese di ottobre a Napoli.

Alle ore 21.00 la seduta è tolta.

NOTIZIE IN BREVE

Importante incarico di Bernardo Grande in Regione Calabria

**Carissimo Presidente
Carissimi amici del Direttivo Nazionale
e Presidenti Regionali**

è con molta emozione che Vi comunico che dopo oltre 25 anni di lavoro in prima linea nel Ser.T. di Catanzaro, da ieri 11 ottobre, ho dato una netta virata alla mia attività essendo stato nominato Dirigente del Settore 50 Politiche Sociali ad alta integrazione sanitaria (dipendenze, handicap, psichiatria, anziani e 328 quota sanitaria) presso il Dipartimento Regionale alla Salute della Calabria.

Confido molto nella Vostra collaborazione e nel Vostro sostegno.

**Affettuosamente
Bernardo Grande**

Caro Bernardo

questa tua nomina è segno della tua crescita manageriale e territoriale e credo anche dei percorsi importanti, anche se talvolta difficili, che abbiamo fatto tutti assieme negli ultimi venti e passa anni.

I migliori complimenti e un grande augurio mio personale e di tutta la Federazione.

La certezza di un ulteriore sviluppo del lavoro comune nell'interesse dei cittadini e dei professionisti della salute.

**Con orgoglio
Alfio Lucchini**

Prosegue lo smantellamento dei Servizi per le Dipendenze Si sostituiscono i migliori professionisti FeDerSerD invita gli operatori alla vigilanza

La recente relazione 2005 al Parlamento ha evidenziato il ritardo nel nostro Paese nella costruzione di una vera politica antidroga. Dai numeri emerge una realtà: quella della consistenza dell'intervento dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche professionali che ogni anno accolgono, curano e permettono a 200.000 persone di mantenere un ruolo nella società.

Poche migliaia di professionisti devono lottare non solo per comprendere e affrontare situazione cliniche e sociali difficili, ma ormai per poter lavorare secondo scienza, con decoro, stabilità, autonomia. L'applicazione delle leggi è un optional già a livello delle Regioni e diventa spesso baratto e mercificio a livello delle ASL.

Da varie parti del Paese FeDerSerD, che dal radicamento nel territorio trae il senso per la propria azione, segnala atti persecutori e punitivi di professionisti dei Servizi.

In Sicilia il dott. Giorgio Serio, noto psichiatra, da 15 anni dirigente SerT, responsabile da 7 anni del Dipartimento delle Dipendenze della ASL 6 di Palermo, una delle più popolate e problematiche d'Italia, è stato sostituito nell'incarico da un medico senza esperienza diretta né dei Servizi delle Dipendenze né delle attuali problematiche del settore.

La Federazione regionale siciliana di FeDerSerD un mese fa ha evidenziato al direttore generale

della ASL 6 di Palermo e al presidente della Regione Sicilia la gravità e irregolarità del fatto, la violazione delle norme regionali e nazionali sull'affidamento degli incarichi, la certezza di ricorsi e denunce se si proseguirà con gli atti lesivi.

Ma ci chiediamo anche: come mai si rimuove un dirigente che ha saputo costruire un'importante sinergia tra pubblico e privato nella lotta alla droga, che proprio pochi mesi fa ha promosso e presieduto il Congresso internazionale sulla Cocaina in cui il problema droga è stato affrontato non solo sotto il profilo della scienza e dell'intervento, ma anche della criminalità, della mafia, della legalità?

E come mai viene colpito un Dipartimento delle Dipendenze vero, non nominale, come assai pochi ce ne sono in Italia e certamente in Sicilia? Siamo di fronte ad uno snodo forte: "la mafia si combatte anche con il lavoro dei Ser.T. dissero illustri magistrati e politici in quel Convegno di FeDerSerD a Palermo.

Ne siamo proprio convinti!!!

Questo è un modo per smantellare i Servizi e nelle zone più a rischio del Paese.

Collegi dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche professionali, prestiamo attenzione a vigiliamo su questi segnali; FeDerSerD è presente per quanto di sua competenza e possibilità e per segnalare a chi deve agire.

Ricordiamoci tutti che la libertà di operare dei professionisti del sistema è una garanzia vera per la possibilità di espressione dei diritti di cittadinanza di chi ha problemi con le droghe.

Chiamiamo la comunità scientifica, professionale, gli esponenti delle istituzioni e della politica alla vicinanza con chi crede in questi principi.

Alfio Lucchini

Presidente nazionale FeDerSerD

Guido Faillace

Vicepresidente nazionale e responsabile FeDerSerD Sicilia

Milano, 29 luglio 2006

www.federserd.it - federserd@expopoint.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2007 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTA' _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2007
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2007
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ /2007 Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (Presidente),
Guido Faillace (Vicepresidente),
Pietro Fausto D'Egidio (Segretario esecutivo),
Alessandro Coacci (Past president),
Luciana Bacci, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,
Edoardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

Claudio Leonardi (coordinatore),
Ezio Manzato (coordinatore),
Giorgio Serio (coordinatore),
Bruno Aiello, Clara Baldassarre, Roberto Calabria,
Cesare Di Carlo, Michele Ferdico, Gilberto Gerra,
Fabio Mariani, Vincenzo Marino, Antonio Mosti,
Felice Nava, Pier Paolo Pani