

Perché è utile considerare le droghe come un problema ecologico
Maurizio Fea 1

La "concretezza della politica" e l'evoluzione del sistema
Alfio Lucchini 4

FeDerSerD/DALLE REGIONI

Costituita la Federazione Regionale Emilia-Romagna di FeDerSerD 6

AREA EPIDEMIOLOGICA

Uso e abuso di cocaina ed ecstasy nella Provincia Autonoma di Trento e in Italia
Raffaello Lovaste, Sabrina Molinaro, Stefano Salvadori, Maurizio Sgrò, Rose Marie Callà, Lorella Molteni, Fabio Mariani 9

AREA CLINICA

Disturbo da uso di sostanze e comorbidità psichiatrica: esperienza con Olanzapina
Stefano Garbolino, Carlo Rosso, Rocco Tartaglia, Daniele Pini, Daniela Lapio, Paola Natta, Angelo Vaccaro, Giuseppe Faro 19

Olanzapina e doppia diagnosi: casi clinici
G. Di Petta, V. D'Auria, A.L. Caccia, A. Valdevit, A. Di Cintio, S. Di Giovanni, G. Trojano, A. Cangiano, S. Curciotti, M. Di Pasquale, T. Pandolfi, L. De Gregorio 25

FEDERSERD/ORGANIZZAZIONE

Statuto della Federazione (approvato nell'Assemblea Generale del 5 giugno 2007) 33

Lista dei candidati per il Comitato Direttivo Nazionale (2007/2010) 44

NOTIZIE IN BREVE

Comunicato dei presidenti nazionali di FeDerSerD e ERIT-Italia 37

Comunicato dell'Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD sulla vicenda "don Gelmini" 37

Lettera del presidente di FeDerSerD ai Ministri Turco e Damiano in tema di "accertamenti di assenza di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori" 38

Master Università di Palermo 41

DOCUMENTI

Manifesto delle Onlus, Associazioni di Volontariato e di Servizio nel settore delle dipendenze, dell'abuso di sostanze e dei comportamenti additivi 42

Mission

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



Perché è utile considerare le droghe come un problema ecologico

Generalmente la pluralità dei punti di vista intorno alle questioni tende ad assumere la configurazione contrappositiva, soprattutto quando si tratta di questioni che trascinano con sé assunti valoriali forti, o robusti interessi economici.

Sotto questo aspetto è illuminante la storia recente del pensiero ecologico in materia ambientale. Forti interessi economici legati ai modelli di sviluppo si sono contrapposti per anni a chi sosteneva la necessità di rivedere questi modelli o almeno di renderli maggiormente compatibili con gli equilibri ambientali sempre più compromessi.

Anche la scienza ha fatto la sua parte in questo gioco di contrapposizioni, fornendo dati e previsioni spesso antagoniste. Tuttavia qualcosa sta cambiando, soprattutto nelle coscienze dei cittadini più che nei governi che li rappresentano. Senza entrare nel merito dei processi più o meno palesi ed evidenti che stanno determinando il cambiamento di sensibilità e di atteggiamenti verso la questione ambientale, sembra di poter cogliere un elemento significativo in queste dinamiche complesse da analizzare, rappresentato dalla diffusione del senso di responsabilità, che si traduce in comportamenti o intenzioni ancora estremamente eterogenee ed imperfette, ma significative di una diversa attenzione al problema.

In altri termini, la disponibilità a considerare la questione come una faccenda che non solo riguarda tutti, ma dipende dai comportamenti di tutti, nessuno escluso, è la chiave interpretativa che intendo proporre per trasferirla sul terreno del consumo di sostanze.

Spesso si dice che quando un problema è di tutti non è di nessuno, ma in questo caso mi pare che il detto sia falsificabile, e la differenza è data anche dal fatto che ciascuno sa o può facilmente sapere qual è la sua parte di spettanza, e non solo in teoria, come spesso accade, ma anche nel concreto.

Proviamo ad analizzare le possibili analogie tra questione ambientale e consumo di droghe:

- il fatto che i potenziali disastri ambientali colpiscano in maniera non selettiva, sebbene siano sempre i più poveri a subire i danni peggiori e più duraturi;
- il fatto che anche chi fino ad ora ha potuto trarre i maggiori vantaggi da politiche aggressive nel consumo di risorse, cominci a dover sostenere dei costi sempre meno compatibili con le sue previsioni di sviluppo;
- il fatto che la accresciuta sensibilità dei cittadini si traduca in comportamenti che condizionano le scelte e le decisioni non solo delle multinazionali dell'energia, ma più in generale delle politiche di sviluppo decise da potenti gruppi economici e dai governi che ne tutelano gli indirizzi.

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO VI, 2007 - N. 22

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
missiondirezione@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 Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 5 ottobre 2007

Edizione fuori commercio
Tiratura: 7.000 copie



EDITORIALE

Il comportamento del singolo, di per sé inefficace, se non per il valore testimoniale, acquista un significato ed un potere rilevante nell'indirizzare le scelte e le decisioni di gruppi di potere altrimenti indifferenti a queste sollecitazioni, quando viene espresso in forme ampie, numerose, consapevoli e determinate.

È in atto un processo complesso e non lineare, di composizione di interessi, aspirazioni, idealità, aspetti concreti della vita e attese per il futuro, il cui esito non è affatto scontato, tuttavia interessante come modello da analizzare per i nostri scopi.

Venendo dunque alla questione che ci riguarda da vicino, il consumo di sostanze psicotrope, provo ad analizzarla con la logica dell'approccio ambientale.

Intanto è evidente, sebbene spesso eluso, il fatto che il consumo di sostanze psicotrope riguarda indistintamente tutti, non solo quelli che ne fanno uso o ne subiscono direttamente o indirettamente gli effetti. Dunque non solo il consumatore, il familiare, lo spacciatore, il mercante, il poliziotto, il medico, ma tutti i cittadini subiscono gli effetti del consumo di sostanze: danni diretti e indiretti prodotti dal consumo, effetti devastanti di tipo macroeconomico prodotti dall'accumulo di denaro nelle mani delle organizzazioni criminali che condizionano le economie dei paesi e alimentano guerre e conflitti di cui tutti paghiamo il prezzo, sebbene spesso solo indirettamente. Tutto ciò è ben noto da tempo, tuttavia è un argomento utilizzato in modo parziale e distortivo, a seconda dei punti di vista, e questa è la prima lezione da apprendere dal problema ambientale. Classificare in una specie di ordine manicheo chi consuma, chi vende, chi produce, chi controlla, chi cura, è profondamente sbagliato perché le logiche di mercato che regolano anche questi tipi di transazioni non lo consentono e smentiscono nei fatti questo artificio culturale, ma soprattutto perché introduce una logica deresponsabilizzante da vittima, carnefice e intermediario. Sappiamo perfettamente che le cose non stanno così, ma fino ad ora è parso comodo adottare tale logica, anche in funzione del sistema di espiazione delle colpe e del perdono, che consente precari e spesso fallimentari equilibri.

Non c'è alcun dubbio sul fatto che nell'attuale sistema di mercato illegale della maggior parte delle sostanze psicotrope, ogni consumatore è responsabile in quota parte dei livelli di corruzione economica, politica, ambientale e dei danni alla collettività prodotti da questo tipo di mercato. La risposta semplice a questa considerazione è: allora liberalizziamo il mercato e sottraiamolo ai cartelli criminali.

Come dire che, se le multinazionali dell'energia sono costrette a competere con forme locali e virtuose di produzione energetica, allora diventano meno aggressive nelle loro politiche di impresa, e la questione ambientale è risolta. Difficile da credere se non cambia il modello di sviluppo, ovvero prima bisogna individuare altri modelli di sviluppo o pensare lo sviluppo con categorie diverse, e quindi le multinazionali o chi per esse troveranno gli adattamenti necessari. Solo la riduzione dei consumi energetici può condizionare gli sviluppi del mercato e farne sorgere altri meno devastanti per l'ambiente.

Solo la riduzione della domanda di droghe può indurre modificazioni del mercato e questo è un obiettivo acquisibile attraverso un processo di responsabilizzazione individuale che riguarda tutti, a partire dai consumatori.

Non ha senso contrapporre diritti individuali e libertà di comportamenti consapevoli come correttivo virtuoso alle politiche repressive, fino a quando il senso di responsabilità individuale verso la collettività e le generazioni successive non diventa il metro di regolazione dei propri e altrui comportamenti.

La questione dunque riguarda tutti, ma ci vede implicati con livelli diversi di responsabilità, così come siamo diversi nel consumo di risorse ambientali e nel livello di responsabilità che ne consegue. Sebbene le multinazionali dell'energia siano le maggiori indiziate per la trascuratezza verso l'ambiente, sono i nostri consumi individuali a sostenerle.

Qui apprendiamo la seconda lezione dal problema ambientale: nessuno spontaneamente vorrebbe cambiare il proprio stile di vita, rinunciare a qualcosa o modificare le gerarchie delle proprie priorità, ma sembra che siamo disposti a farlo in cambio di qualche concreto vantaggio, immediato ma anche differito, come l'evitamento di un danno. L'idea sempre più diffusa che il deterioramento dell'ambiente, in tempi catastrofici come taluni sostengono, o in maniera più blanda ma certa come la maggior parte degli esperti ci dice, sta diventando un tema che interpella tutti, e molti cominciano a domandarsi che cosa ciascuno può fare di concreto per modificare il proprio stile di vita. Certo questo è un punto molto critico per i consumatori di sostanze, tutte le ricer-

che infatti depongono per una bassa sensibilità dei consumatori verso i vantaggi differiti, ma qui si tratta probabilmente di individuare argomenti come forme appropriate di biasimo sociale e soprattutto di sottolineatura di responsabilità che sino ad ora sono state poco o nulla utilizzate come deterrente culturale, almeno nel nostro paese.

Vediamo dunque in concreto che cosa ciascuno può fare.

Gli amministratori e i politici sono alle prese con il problema "sicurezza" ed è noto che una quota rilevante di questo problema è dato dalla illegalità diffusa prodotta dal mercato della droga e dall'uso sconsiderato di sostanze anche legali. Dunque ci dovrebbe essere un certo interesse ad includere nelle strategie di contrasto della illegalità diffusa, atteggiamenti simbolicamente rilevanti.

Non campagne informative sui rischi, ma coerenti richiami alla responsabilità connessa a tutto ciò che il mercato della droga alimenta: criminalità, corruzione, guerre. Anche uno spinello o una pista di coca concorrono a fare un morto ammazzato, a comprare un'arma, a favorire un furto ad ammalare qualcuno. Chi se la sente di sostenere che questo è un diritto?

Un altro punto che compete alla responsabilità della politica è il coraggio di sostenere con adeguati investimenti e non solo con iniziative frammentarie e scoordinate, la ricerca e la cura nel settore delle dipendenze. Visioni miopi e stereotipe hanno fino ad ora fatto da guida alle politiche per il settore. Sono ben noti i costi economici e sociali del fenomeno, ma raramente questi vengono messi in connessione quando si tratta di decidere gli investimenti da fare per la cura e la ricerca. Le politiche di incentivazione dei sistemi fotovoltaici stanno dando un deciso incremento allo sviluppo di queste forme diffusibili di produzione energetica ed alla diminuzione dei costi degli impianti. Perché non dovrebbe funzionare allo stesso modo una seria politica di incentivazione alle cure. Dovrebbero però essere appetibili, efficaci e abbastanza sicure nei risultati, ma per ottenere ciò occorre investire e non rendere asfittico un sistema già molto debole.

Da questo punto di vista c'è anche una precisa responsabilità dei cittadini, anche nelle loro forme di rappresentanza collettiva, che quasi mai hanno chiesto che sia garantita la qualità delle cure o hanno favorito gli investimenti nella ricerca, come è avvenuto in altri settori della medicina, eppure è una questione che riguarda tutti, non solo chi ha un figlio o un amico drogato. Questo è un tipo di connessione che non viene mai proposta, rinforzando quindi la visione parcellare e singolare del problema.

Terza lezione dalla questione ambientale.

La responsabilità dei media dell'informazione nel trattare il fenomeno come un evento drammatico e singolare o come aspetto di costume, raramente con qualche capacità di approfondimento e di connessione tra fenomeni macroeconomici e sociali con la vita e le scelte di ciascuno. In realtà anche la questione ambientale è stata spesso affrontata con analoghi criteri, ma recentemente si nota una certa attenzione ad investigare i fenomeni in modo meno elementare e scontato. I disastri e le catastrofi ambientali vengono descritti e proposti al lettore/ascoltatore, con chiare ed evidenti connessioni al modello di sviluppo e di consumo, contribuendo così ad alimentare la consapevolezza collettiva delle responsabilità singolari, suggerendo nel contempo possibili modalità di risparmio e modelli diversi di consumo. Certo non è tutto oro ciò che luccica, tuttavia lo sviluppo di una massa critica di atteggiamenti maggiormente consapevoli verso la tutela ambientale, sembra che cominci a dare qualche risultato. È così impossibile pensare che i media assumano comportamenti analoghi anche sulla questione droghe? Che comincino a dare maggior peso alle evidenze scientificamente documentate e meno

alle bizzarrie opinabili di testimonial di lusso o di politici tuttologi. Che propongano schemi interpretativi di connessione tra i comportamenti individuali e i fenomeni socioeconomici che sono sotto gli occhi di tutti ma vengono poco considerati negli effetti che toccano tutti i cittadini.

E veniamo all'ultimo punto delle responsabilità, quello dei professionisti della salute che al pari degli altri devono assolvere il loro compito con uno sguardo non solo concentrato sui soggetti in cura, ma aperto a tutte le implicazioni del loro lavoro, comprese quelle che li vedono protagonisti volontari o meno, di legittimazione di pratiche e comportamenti che devono essere ricondotti alla misura della responsabilità individuale, prima ancora di essere compresi e giustificati oppure condannati e sanzionati.

Sappiamo che è un terreno scivoloso, ricco di insidie e contraddizioni, ma va affrontato abbandonando la logica delle contrapposizioni tra il diritto alla salute o al piacere, come ultimamente si tende a proporre, e le visioni manichee o bigotte che pretendono di normare semplicemente questi diritti, in favore di un'etica della responsabilità individuale, poco praticata nella cultura del nostro paese, più incline ad oscillare tra invocazioni allo stato etico e appelli alla soggettività anarchica.

Porre al centro della riflessione la responsabilità individuale, non significa indebolire l'azione di tutela e di cura verso chi patisce in prima persona gli effetti negativi del consumo di sostanze, ma includere nel quadro dei diritti individuali anche il risvolto correlato dei doveri misurato sulla consapevolezza del proprio essere nel mondo.

Non è gridando allo scandalo per la cosiddetta normalizzazione dei consumi, o assumendo questo come un dato di fatto incontrovertibile, che si può arrestare o modificare l'attuale deriva consumatoria, bensì cercando di individuare le cause effettive di tale deriva e le misure possibili per contenerla. Non c'è dubbio che, al pari di altri fenomeni di comportamenti collettivi, una causa rilevante di questa deriva, sia stata la perdita dei nessi associativi tra comportamenti e scelte individuali, e gli effetti globali prodotti da tali comportamenti, quindi da questo punto bisogna partire, dalla ricostruzione dei nessi e dalla capacità di leggerne il valore significativo, assumendosene la responsabilità. Sul piano individuale il recupero anche di questa competenza significativa è compito della clinica e dei sistemi sociali di cura e sostegno, e sappiamo bene che tale recupero non sempre è possibile, né si può pensare che diventi il criterio guida del lavoro educativo, tuttavia è bene che venga integrato nel processo riabilitativo e della cura.

Sul piano sociale la tutela dei più deboli passa anche attraverso la responsabilizzazione dei più forti, e molti tra coloro che consumano o abusano di sostanze sono a torto o a ragione ritenuti forti, perciò maggiormente responsabili verso la collettività delle conseguenze delle loro scelte.

È necessario quindi un patto in cui ciascuno rinunci a considerare assoluto il proprio punto di vista, per assumere una visione più realistica, magari eterodossa per qualcuno, forse contaminata per altri, che renda praticabile davvero la proposta di riduzione dei consumi come punto di partenza di una politica delle droghe efficace, di lungo periodo, che veda protagonista il cittadino titolare di diritti e soggetto di responsabilità.

Questo è il patto che proponiamo ai nostri interlocutori al III Congresso Nazionale e intendiamo portare avanti in tutti i contesti nei quali la Federazione è responsabilmente attiva.

Maurizio Fea

Consigliere Nazionale FeDerSerD

La “concretezza della politica” e l’evoluzione del sistema

Alfio Lucchini*

Aprire un congresso in Emilia-Romagna, a Bologna, è fonte di orgoglio ed anche di un certo timore.

L’Emilia-Romagna rappresenta una realtà fondamentale per il settore delle dipendenze da sempre. Quello che viene prodotto in termini di modelli organizzativi e linee e protocolli scientifici è osservato con particolare attenzione.

Come hanno rilevato i dirigenti delle Regione qui avete ad esempio affrontato da tempo con risposte il life motive del rapporto tra Dipendenze e Psichiatria, definito regole rispetto al budget, alle scelte organizzative e alla gestione quotidiana del lavoro.

Ma costituendosi la Federazione regionale passo ai colleghi il lungo impegno di verificare nel reale del lavoro quotidiano e della capacità operativa dei Servizi rivolti all’utenza cosa è necessario fare per migliorare i diritti di accesso e di cura.

Si ha la tendenza a valorizzare come i migliori i propri modelli, è comprensibile, è umano prima che managerialmente rilevante.

Ricordo a tutti solo un rischio che mi sembra diffuso nel Paese: spesso la semplificazione organizzativa, nobile sotto alcuni aspetti, nel nostro settore va di pari passo con la restrizione degli spazi operativi. Sembra di vedere in determinate decisioni, non tanto la volontà di semplificare situazioni troppo complesse, quanto l’imbocco di scorciatoie un po’ raffazzonate. Quando ad esempio vediamo che le sperimentazioni sostituiscono i Servizi all’utenza previsti dalla legge siamo allarmati.

I punti di forza del sistema italiano per le varie forme di dipendenza sono tanti.

Quando si afferma che in Italia, per ragioni storiche, culturali e sociali, si è sviluppato il più articolato e significativo sistema di intervento pubblico-privato no profit d’Europa, si dice la verità.

Il mix tra la cultura di intervento cattolico sociale e la spinta dei movimenti di massa che dagli anni settanta si sono affermati per l’ottenimento prima, e l’applicazione dopo, dei diritti civili, collettivi, di liberazione, ha permesso la nascita e lo sviluppo teorico e pratico della esperienza delle comunità e dell’intervento territoriale del servizio pubblico.

Una storia ricca e particolare, che tra alti e bassi continua a permeare le metodologie operative e i riferimenti evolutivi di chi vuole occuparsi di persone con problematiche di abuso e dipendenza da sostanze o con comportamenti additivi che creino difficoltà.

Quindi abbiamo la realtà dei 550 Ser.T., delle oltre mille e 200 strutture private terapeutiche, degli interventi intermedi di strada e territoriali, delle sperimentazioni progettuali in ambito preventivo e riabilitativo.

La forza sta nei 13.000 operatori pubblici e del privato sociale che si dedicano ai circa 200.000 giovani e meno giovani che si avvicinano annualmente ai centri di cura.

La forza sta nel legame con il territorio che i sistemi di accoglienza e cura sanno costruire.

La forza sta nell’essere stati capaci di affermare la specificità del settore rispetto a tanti altri campi del sociale e del sanitario: specificità

* *Intervento del presidente nazionale di FeDerSerD al Congresso costitutivo della Federazione Emilia-Romagna - Bologna, 19-20 settembre 2007.*

che nasce dalla complessità dell’intervento e non dalla spocchia del voler essere diversi.

La forza sta nell’aver iniziato a praticare nei territori quella intuizione, che nasce dalla realtà operativa, nota con il termine “Alta integrazione pubblico – privato” che considera l’operare un sistema unitario, che tenga conto prima delle necessità delle persone nelle loro fasi di vita e di possibile disagio o malattia e poi, comprese queste necessità, definisca e applichi i modelli organizzativi utili, senza distinzione tra gli erogatori pubblici e privati, ma dentro la regia pubblica del Dipartimento delle Dipendenze.

Una unità di azione, tra accreditati pubblici e privati, che non nasce dalle difficoltà reciproche o addirittura dalla disperazione, ma che guarda lontano, unica possibilità vera di praticare sui territori buone prassi, attivazione culturale ed anche pressione istituzionale.

Gli elementi di criticità richiederebbero un trattato, ma potrebbero essere così elencati:

- mancanza di una politica nazionale per contrastare i fenomeni di addiction;
- inapplicazione delle leggi condivise, quali le intese Stato Regioni del 1999 sui modelli organizzativi (in primis la istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze) e sui modelli erogativi (accreditamenti e lettura dei fenomeni) da parte di numerose Regioni italiane;
- blocco ed anzi impoverimento delle forze umane in campo nei servizi negli ultimi anni (credo che la diapositiva che FeDerSerD, basandosi su dati del CNR, presenta spesso sulla forbice degli ultimi 10 anni con un aumento del 50 % dei pazienti e una diminuzione del 10% degli operatori, sia ormai un classico);
- mancanza colposa di una disciplina in clinica delle dipendenze e dei percorsi formativi normali (universitari, di specializzazione, ecc.) per i vari profili professionali;
- assenza di pezzi fondamentali per il sistema di intervento (situazioni protette di diagnosi e cura, collegamento tra percorsi terapeutici e interventi reali di reinserimento socio lavorativo, integrazione normativa tra il sistema carcerario e il sistema terapeutico e di socialità territoriale);
- attacco al cuore del modo di operare degli operatori (lavoro di equipe, condivisione dei percorsi) favorito da letture economiciste nei processi di aziendalizzazione in sanità;
- eccesso di legislazione che tende fondamentalmente ad impedire il superamento dello stigma sociale verso non solo consumatori e tossicodipendenti, ma verso chi di loro si occupa.

Avendo al centro del nostro interesse gli operatori del settore bisogna dire che siamo di fronte ad un esaurimento, talvolta anche psichico, di molti professionisti.

Ad un collasso di alcune figure professionali: recentemente ho perso veramente la pazienza quando i soliti soloni lamentavano la scarsità di assistenti sociali nei Ser.T., paventando la solita musicchetta della sottostante cattiveria dei medici.

Ma mi si spiega come fanno gli assistenti sociali, dopo la legge 328 del 2000 e i loro nuovi percorsi universitari, a venire nei Ser.T. ? Perché vi dovrebbero venire?

Non si può praticare la divisione dei saperi e delle organizzazioni e poi invocare la integrazione.

Ma non voglio sottrarmi a segnalare anche elementi critici storici interni al sistema, che si accompagnano al modo stesso con cui que-

sto è nato: mi riferisco al soggettivismo di singoli e delle organizzazioni, che quando non è accompagnato da un forte e disinteressato afflato ideale e di servizio, svela gli aspetti deteriori della autoreferenzialità e del narcisismo, improduttivi a livello del cambiamento generale.

Non vedo come si possa intervenire su fenomeni sociali e culturali così complessi come gli stati di dipendenza senza cornici di riferimento prospettico in termini di interesse, studio, ricerca e partecipazione.

Lo stesso rapporto "InSer.T." del Tribunale per i diritti del malato/Cittadinanza attiva a cui abbiamo collaborato e dedicato un numero monografico di FeDerSerD Informa (n. 6 del giugno 2007) evidenzia criticità e ricchezze che credo si spieghino anche con le premesse che ho fatto.

Difficile è parlare serenamente di prospettive.

Per me e per la organizzazione che rappresento sono aliene le tendenze al piangersi addosso o a vedere negativamente la realtà: ritengo però ridicolo enfatizzare aspetti positivi che rappresentano piccole realtà, sperimentazioni puntuali, centri di eccellenza, spesso legati alla momentanea fortuna di sudditanza politica di qualche personaggio.

Rappresentando la più numerosa associazione del settore pubblico sono costretto ad elevare lo sguardo.

Mi limito a due esemplificazioni.

Nel 2007 solo un quarto dei giovani e meno giovani che si presentano ai servizi assume eroina come sostanza primaria. Quasi il 30% assume cocaina come sostanza primaria e nella stessa misura come secondaria. Il policonsumo, con l'alcol che funge da collante, è la regola. I nostri pazienti poliabusatori diagnosticati sono oltre 70.000. Ed ecco la domanda: chi cura i cocainomani, e dove, e come?

La realtà dice che i Ser.T. e le Comunità si danno da fare e assistono molti soggetti cocainomani; la realtà dice anche che manca una strategia complessiva di intervento e una presa di coscienza sulla posta in gioco per la salute dei cittadini.

Per curare i cocainomani (uso questa espressione generica in senso lato) bisogna clinicizzare i servizi, bisogna specializzare seriamente le comunità, bisogna studiare di più non solo sul cervello ma usando il cervello.

Bisogna investire.

E gli operatori attuali sono senz'altro in grado di accogliere anche questa necessità.

E allora, come mi opposi alla "legge olimpionica della droga", saluto il recente recupero ministeriale e regionale di un progetto criticabile e insufficiente ma credo utile, per potenziare Centri che si interessino sul territorio di cocainomani con sinergie pubblico-privato, per creare un volano di iniziative future.

Vogliamo risolvere il problema facendo concorrenza alla Svizzera con cliniche a pagamento in Italia?. Se continuerà l'insufficienza dello Stato e l'abdicazione delle Regioni questa è la prospettiva.

Vuoi per i miglioramenti diagnostici vuoi per reali cambiamenti nei fenomeni il tema della comorbilità psichiatrica è rilevante e impegnativo nei Servizi. Sono riscontrabili in tante parti del Paese sia i miglioramenti professionali degli operatori dei servizi sia le sinergie con i servizi di salute mentale.

Mi chiedo: se è vero quello che in tanti congressi, compresi i numerosi che organizza FeDerSerD, si afferma che curare i soggetti comorbili rappresenta uno dei punti più difficoltosi dell'impegno terapeutico in professionalità e strumenti, merita il settore delle dipendenze almeno di avere a disposizione gli stessi strumenti che annovera la psichiatria?

Ecco cosa intendo quando lamento la mancanza di un "pensiero" forte della politica in tema di risposta allo specifico problema di salute.

Leggi e idee (negli ultimi 18 mesi di questo si tratta) sempre sbilanciate sul versante punitivo e del controllo, piuttosto che su prevenzione e cura.

Mancanza di linee strategiche nazionali alle Regioni. Inadeguatezza dei LEA (cosa deve essere sempre e dovunque assicurato perché l'intervento sia efficace ed equo?). E poi il problema dei diversi modelli organizzativi regionali.

Dinanzi al Ministro Paolo Ferrero, che sostiene esattamente quello che sto scrivendo (recentemente sullo speciale del Sole 24 Ore Salute), e agli staff tecnici di vari ministeri, abbiamo spiegato il 26 giugno a Roma che stanno già accadendo fatti gravi.

Non sempre si riesce a garantire la presenza nei Servizi di équipe adeguate per numero e per multidisciplinarietà. È in atto una coartazione dell'offerta in molti servizi, a scapito di una risposta globale ed integrata (più sacrificati gli interventi preventivi, di reinserimento e di riduzione del danno, perché spesso finanziati col Fondo Droga ormai latitante). Vi è il rischio di de-qualificazione dei Servizi e di riduzione dell'efficacia dei trattamenti (induzione del circolo vizioso per cui i Ser.T. sono visti come luoghi di cronicizzazione).

A lungo andare in molti territori l'offerta possibile non incrocerà più la domanda espressa o il bisogno presente (sommerso).

E vogliamo parlare della difficoltà di valorizzare e motivare i professionisti (carichi di lavoro aumentati, consapevolezza che ciò che si dovrebbe fare per quella persona non è nelle possibilità del Servizio, conseguenti difficoltà a gestire la relazione di cura ed il clima organizzativo).

Ma non voglio proseguire con l'elenco. Basti dire che sia per l'integrazione sanitaria che per quella socio-sanitaria vi è molto da fare, e subito.

Due parole sulla integrazione pubblico privato.

La non applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 1999 o la sua applicazione al di là di ogni logica di peculiarità regionale (che nessuno vuole negare), il non rilancio del sistema dei Servizi, il non adeguamento delle rette con l'impossibilità di investire su nuove progettualità, più rispondenti ai bisogni dei cittadini, crea buchi nella rete, doppioni, proposte inadeguate.

E come si fa a non vedere le prime conseguenze della applicazione della legge 49 del 2006. Ho scritto più volte che la legge era poco applicata (per fortuna). Ma il tempo passa e le difficoltà di integrazione, la pari dignità vista come sinonimo di competitività, le conflittualità, il problema della certificazione di tossicodipendenza (atto del servizio pubblico messo in discussione in qualche Regione) si stanno facendo strada.

Il rischio di spaccature e competizione tra privato e privato, tra privato e pubblico è all'ordine del giorno.

In queste settimane vi sono segnali positivi dal mondo della politica. Sembra emergere un impegno sia dello Stato sia delle articolazioni dei poteri degli Enti Locali e delle Regioni a considerare la questione droga nella sua completezza e necessità di intervento coordinato e armonico.

Le 20 repubbliche autonome che in Italia si stanno affermando nella difficoltà della programmazione statale forse si sono accorte che il particolarismo, se è negativo per tanti settori della società lo è maggiormente per argomenti delicati e complessi come quello di nostro interesse.

Da qui la necessità che la Conferenza Stato Regioni sia molto impegnata sul tema droga, sulla garanzia di offrire ai cittadini livelli essenziali di assistenza sanitari e sociali veri e non burocratici.

È necessario che il Piano d'Azione nazionale sulla droga riprenda elementi dimenticati nell'ultimo quinquennio, riparta dalla legislazione del 1999, una buona annata, sia per le Intese Stato Regione, sia per la legge 45.

Bisogna costruire percorsi che sanino lo scempio di parte avvenuto a Palermo di un momento alto come la Conferenza triennale prevista dalla legge, con regole certe e momenti condivisi.

Ripeto, la mia opinione è che per intervenire sul diffondersi delle droghe i momenti del contrasto dell'offerta, già sufficientemente sviluppati nel Paese e che richiedono un livello forte centrale, devono essere coordinati al momento dell'intervento sulla riduzione della domanda, di fatto territorializzato ma disomogeneo e sostanzialmente negletto nel Paese.

Se la politica avrà il coraggio di rimettere nelle sue priorità il tema droga, tutto il resto diventerà più semplice.

Portando i saluti a questo Congresso qualcuno ha detto di notare "percorsi non lineari a livello governativo".

Una bella frase, delicata.

Voglio stressarla solo dal punto di vista tecnico: diciamo che ci sembra di notare una discrasia a livello centrale (dei ministeri) tra le affermazioni di principio magari dei Ministri e gli strumenti e i metodi messi in campo per programmare sul tema droga.

Per conto nostro ripetiamo che bisogna partire dalla valorizzazione della realtà di intervento attuale. E se i compiti susseguenti sono sterminati si possono comunque affrontare.

Ancora alcune parole sugli operatori, anche in vista della V Conferenza nazionale prevista nel 2008 a Bari.

La storia delle associazioni degli operatori nel nostro settore è istruttiva e segnala errori e conquiste nel trentennio in cui si è sviluppata che meriterebbe di divenire patrimonio di conoscenza comune.

In sintesi fattori interni alla vita degli operatori (diversità nelle professioni, disparità di mezzi, linee di intervento e interesse troppo divaricate) ed esterni (sviluppo di legislazioni speciali, riarticolazione dei poteri istituzionali, "unguenti" offerti dalle Istituzioni) hanno frenato un vero spirito associativo.

Ma negli ultimi anni, forse favoriti da contingenze negative generalizzate, le cose stanno cambiando.

Bisogna proseguire su questa nuova via e definire con chiarezza gli obiettivi da perseguire: penso che sia corretto che associazioni, in particolare quelle che hanno nella loro mission lo sviluppo delle reti istituzionali e il rapporto con la politica, perseguano anche questi obiettivi.

Ovviamente vi sono i compiti classici dello sviluppo della professionalità e dell'intervento diffuso del settore, della integrazione pubblico privato, del tentativo di incidere sulla cultura e i vissuti generali verso droga, tossicodipendenti e consumatori espressi dai cittadini.

È indubbio che compito nobile delle associazioni di settore sia la definizione dei criteri scientifici dell'operare, e possibilmente la verifica dell'intervento sia curativo, che preventivo e riabilitativo.

Infine la necessità di avere un tessuto unitario nella comprensione dei fenomeni di consumo e nell'intervento per gli stati di dipendenza richiede alle associazioni di partecipare ai livelli centrali alla ridefinizione del sistema delle regole e delle azioni.

FeDerSerD è impegnata su tanti fronti.

Temi come la salvaguardia della continuità assistenziale, lo sviluppo delle reti territoriali, il rapporto con il vasto mondo del consumo, appaiono centrali.

Recentemente la ministra Livia Turco ha dichiarato: "Sviluppare e potenziare la medicina territoriale è una priorità di questo Governo. L'obiettivo è quello di non interrompere mai il circuito di assistenza intorno al cittadino, facendo sì che la rete dei servizi accompagni sempre la persona nel proprio percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo. La scommessa è rendere stabile e autorevole questo settore e farne un vero e proprio secondo pilastro del Ssn che affianchi l'ospedale per offrire quei servizi di assistenza sempre più richiesti dal cittadino".

In questa ottica dobbiamo muoverci.

Se guardate le nostre iniziative, vedete già nel logo l'adesione alla Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche, alla Con-

sulta delle Società Scientifiche e Professionali, al Tavolo di Alta integrazione con FICT e CNCA, al Cartello "Non incarcerate il nostro crescere".

Decine di membri della Federazione lavorano nei gruppi istituzionali nazionali, Consulta Ministeriale Operatori ed Esperti Dipendenze, Comitato Scientifico Osservatorio Fenomeno Droga, Commissione Dipendenze del Ministero della Salute, Consulta Ministeriale Alcol, Commissione Ministeriale AIDS.

A livello del Ministero della Salute e della Solidarietà Sociale si sono sviluppate con maggiore operatività collaborazioni tecniche su temi forti: dall'indulto nell'estate del 2006 sino ai decreti per l'utilizzo dei farmaci sostitutivi di recente.

A livello regionale, nelle Regioni in cui si sono costituite le Federazioni, e ormai ne mancano pochissime, la Federazione è riconosciuta dalla organizzazione regionale e in alcuni casi addirittura rappresenta come realtà formale tutti gli operatori.

Sia chiaro: ogni Regione ha le sue regole. Ribadisco che FeDerSerD è ancora dell'idea che sia utile portare posizioni unitarie di respiro nazionali e generali ad ogni livello del nostro agire.

E se spesso richiamo i colleghi della Federazione, gli operatori tutti, ad essere più attivi nel sociale e nel politico, questa non è una richiesta di schieramento.

Don Andrea Gallo, nel recentissimo congresso regionale della Federazione Liguria di FeDerSerD, ha affrontato, con il suo stile e il suo impeto unici, alcune questioni cruciali che mi piace ricordare.

La non neutralità della scienza, affermando il rischio che alla fine ognuno prenda dalla ricerca scientifica quello che gli serve per il proprio fine e potere; l'uscita dalla droga come un percorso, un apprendistato alla democrazia e alla responsabilità; la necessità di ascoltare i "tossici" come etica democratica e come conquista di libertà che noi tecnici dobbiamo contribuire ad insegnare; un accorato appello alla necessità di laicità.

Ho ascoltato molte volte Don Gallo negli ultimi 25 anni, in contesti diversi e spesso concitati, ma il lungo intervento di Genova che ho citato mi ha particolarmente colpito.

La spiegazione è legata all'intrecciarsi delle sue riflessioni ad analoghi spunti di analisi che personalmente e come Federazione stiamo compiendo.

E quando concludendo ha affermato che veramente non capiva perché non si investa sui Ser.T. e sulle Comunità professionali, ho pensato che le parole semplici sono le più efficaci.

Infine un auspicio. Forse c'è bisogno di "tornare ai fondamentali", per citare il ministro Beppe Fioroni che si riferiva ad un altro settore strategico, quello della pubblica istruzione.

Così come è necessario sapere le regole della grammatica (prima italiana) per studiare e capire l'inglese, sarà meglio, considerate le risorse in gioco, rispondere ai bisogni primari di salute e di assistenza e di accesso ai Servizi e di trasparenza nel dichiarare quello che si fa negli stessi, prima di fantasticare su progetti e attività basandosi su previsioni che poco hanno a che fare con le aspettative dei terrestri e, cosa più grave, con i bisogni espressi dai cittadini.

DALLE REGIONI

Costituita la Federazione Regionale Emilia-Romagna di FeDerSerD

Al termine del Congresso di FeDerSerD "I Servizi per le dipendenze patologiche: operatività e integrazione territoriale" tenutosi a Bologna il 19 e 20 settembre 2007, che ha visto la partecipazione di oltre 200 operatori del settore, si è formalmente costituita la Federazione Emilia-Romagna della Federazione.

Alla presenza del presidente nazionale, del segretario esecutivo nazionale e dei dirigenti nazionali emiliano romagnoli della Federazione Antonio Mosti e Edoardo Polidori è stata eletta presidente regionale Maria Chiara Pieri, dirigente medico Ser.T. nella AUSL di Bologna.

Segretario-tesoriere è stato nominato il dott. Arfedele Del Re, sempre di Bologna.

Nelle prossime settimane verranno completati gli organismi del direttivo regionale e del comitato scientifico regionale.

Uso e abuso di cocaina ed ecstasy nella Provincia Autonoma di Trento e in Italia

Raffaele Lovaste*, Sabrina Molinaro**, Stefano Salvadori**, Maurizio Sgrò*, Rose Marie Callà*, Lorella Molteni*, Fabio Mariani**

SUMMARY

■ *The Provincia Autonoma of Trento is an Italian at risk area for spread of cocaine in the population and of stimulants among students [Sources: IPSAD-Italia, 2003; ESPAD-Italia, 2004; Ministry of the Interior (DCDS); Department of Justice (DCSA); Drug Addiction Service of Trento]. In this area social and health patterns linked to the use of these substances are quickly changing.*

Cocaine consumption in the Provincia Autonoma of Trento is higher if compared with the national context (10% in the Provincia Autonoma of Trento versus 8% in Italy) and students have a much higher risk to get in contact with cocaine and stimulants.

From 2000 to 2004 there was an increase of arrests by Police for personal use of cocaine and stimulants.

Moreover, there is an increase of subjects under treatment in the local Services for drug addiction problems, related to cocaine, crack, ecstasy, and amphetamines use.

An increase of the treatment demand is expected in the future due to the consumers augmentation. ■

Keywords: cocaine and stimulants, use and treatments.

Parole chiave: cocaina e stimolanti, consumi e trattamenti.

L'analisi dei dati ricavati da fonti differenti (studi di prevalenza IPSAD-Italia@2003; ESPAD-Italia@2004; flussi ricavati dal ministero dell'Interno (DCDS); dal Ministero della Giustizia (DCSA); dal Ser.T. di Trento, individuano la P.A. di Trento come un'area a rischio per la diffusione di cocaina nella popolazione generale e di stimolanti nella popolazione scolarizzata.

Il 10% dei partecipanti allo studio IPSAD-Italia@2003, residenti nella P.A. di Trento, ha fatto uso di cocaina almeno una volta nella propria vita (in Italia l'8%) ed il 6% ne ha fatto uso nel mese precedente la compilazione del questionario (in Italia il 3%). L'incremento rispetto al medesimo dato rilevato nel 2001 è circa dell'80% (in Italia 30%). Anche gli studenti di Trento risultano più a rischio di entrare in contatto con la cocaina rispetto ai coetanei del resto d'Italia (ESPAD-Italia@2004).

Circa 35 residenti ogni mille hanno fatto uso nella propria vita almeno una volta di stimolanti (il dato è in linea con quello nazionale). Sono gli studenti della P.A. di Trento a presentare una contiguità una volta e mezzo superiore alla sostanza rispetto ai coetanei del resto d'Italia.

Inoltre dal 2000-2004 nella Provincia Autonoma di Trento è stato osservato un incremento delle segnalazioni (art. 75 DPR 309/90) effettuate dalle Forze dell'Ordine per detenzione ad uso personale sia di cocaina che (in controtendenza rispetto al dato nazionale) di stimolanti.

In relazione ad un bisogno così diffuso si è osservato dal 2002 al 2005 un incremento di soggetti che si sono rivolti ai servizi per le tossicodipendenze della P.A. di Trento per effettuare un trattamento in relazione all'uso di cocaina/crack ed ecstasy/amfetamine.

Incremento che nel caso dell'uso primario triplica per la cocaina e raddoppia per ecstasy.

Il fenomeno appare inoltre prettamente concentrato in aree territoriali identificabili in due gruppi di comuni l'una intorno al capoluogo ed al comune di Molveno e l'altra intorno al territorio adiacente al comune di Ala, entrambi collocati sulla dorsale di comunicazione Nord-Sud che attraversa il territorio della provincia.

A fronte dell'incremento di consumatori evidenziato dai dati si attende un ulteriore incremento della domanda di trattamento.

Il presente lavoro permette di identificare la dimensione epidemiologica di una situazione socio sanitaria in rapida evoluzione specificatamente legata all'uso di alcune sostanze illegali nel territorio della P.A. di Trento.

Uso e abuso di cocaina ed ecstasy nella provincia autonoma di Trento ed in Italia

All'interno di una popolazione aperta (ad esempio la popolazione residente nella P.A. di Trento) è possibile individuare differenti quote di soggetti che costituiscono il quadro epidemiologico di

* Ser.T. di Trento.

** CNR - Istituto di Fisiologia Clinica Sezione di Epidemiologia.

Fig. 1 - Rappresentazione simbolica delle diverse popolazioni di soggetti che fanno uso o uso problematico di cocaina o che si rivolgono ai servizi con una domanda di assistenza



riferimento rappresentato simbolicamente nella figura 1. È infatti possibile valutare mediante metodi di stima le entità numeriche di coloro che fanno uso di cocaina ed ecstasy o che ne fanno un uso problematico; si possono enumerare coloro che si rivolgono alle strutture territoriali di servizio specifiche per le dipendenze, i Ser.T. Si possono valutare mediante indagini campionarie e metodi di stima le entità numeriche di coloro che fanno uso di cocaina o che ne fanno un uso problematico; si possono enumerare sia coloro che si rivolgono alle strutture territoriali di servizio specifiche per le dipendenze, i Ser.T., sia coloro che hanno impatto con le altre strutture sanitarie.

La stima della prevalenza dell'uso, dell'uso problematico e la misura della domanda di trattamento rappresentano tre dei cinque indicatori epidemiologici chiave che l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze ha individuato per descrivere il fenomeno dell'uso di droghe. Gli altri due riguardano l'incidenza dei decessi correlati all'uso delle sostanze illegali e la prevalenza ed incidenza della patologia infettiva nei soggetti in trattamento. Questi indicatori rappresentano, insieme alle tabelle standard REITOX, ovvero il sistema dei flussi informativi sulle sostanze illegali che ciascun paese dell'Unione europea è tenuto a fornire annualmente all'OEDT, la base degli indicatori che vengono utilizzati anche per la realizzazione del rapporto annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia e per i rapporti di alcune Regioni e delle Province Autonome che si sono dotate di un sistema di osservatori epidemiologici.

In Italia nel corso degli ultimi anni, grazie al finanziamento pubblico, sono stati attivi due progetti SESIT e SET volti ad allineare il nostro paese agli altri dell'Unione europea in merito alla capacità di gestire i flussi informativi sul fenomeno delle dipendenze e descriverne in modo standardizzato, attraverso l'uso degli indicatori epidemiologici chiave dell'OEDT, la situazione epidemiologica.

Il lavoro svolto nell'ambito dei progetti, grazie anche alla collaborazione ed interesse delle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome e all'impegno delle strutture di servizio interessate ha permesso l'evoluzione da un sistema informativo basato su dati aggregati verso un sistema informativo basato su "registri di casi" contribuendo così in modo sostanziale allo sviluppo del nuovo sistema informativo sanitario italiano NSIS.

La diffusione dell'uso di cocaina

La diffusione dell'uso della cocaina in Italia, come evidenziato dagli studi, a carattere nazionale, del Consiglio Nazionale delle Ricerche, risulta particolarmente elevata. Nel 2003 il 4,6%, della popolazione tra i 15 e i 34 anni di età, riferiva di aver fatto uso almeno una volta nella vita di cocaina, collocando il nostro

paese al terzo posto della graduatoria europea che vedeva ai primi due posti Spagna (4,9%) e Regno Unito (6,9%) (figura 2). Il consumo di cocaina, nel corso dell'ultimo anno, è riferito dal 4,5% della popolazione residente nel Regno Unito e in Spagna mentre si aggira intorno al 2% nella popolazione dell'Italia, dell'Irlanda e dei Paesi Bassi. Negli Stati Uniti nel periodo 2003-2004 circa il 2,4% della popolazione adulta riferiva di aver fatto uso nel corso dell'ultimo anno.

Le stime relative all'uso di cocaina applicate alla popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 54 anni pari a 32.230.000 persone indicano che circa 1.300.000 soggetti hanno fatto uso di tale sostanza nel 2003. All'interno di questa popolazione di utilizzatori si possono stimare circa 300.000 soggetti che presentano caratteristiche di consumo di cocaina tali da rappresentare un serio problema per la salute individuale (utilizzatori problematici). Contemporaneamente si deve considerare che solo 14.000 soggetti nello stesso periodo di tempo hanno formulato una domanda di assistenza sanitaria alle strutture territoriali specifiche per le dipendenze nel nostro paese. Il consumo di cocaina, nella popolazione generale, presenta una prevalenza differente in funzione del genere (sono i maschi a riferire sia una maggiore sperimentazione della sostanza sia l'uso continuato) e dell'età (sono i giovani tra i venti ed i trenta anni che riferiscono le più alte prevalenze d'uso).

Dagli studi IPSAD-Italia® sulla popolazione generale, realizzati nel 2001 e nel 2003, si evidenzia un incremento nell'uso di cocaina in tutte le classi di età.

Il dato relativo alla prevalenza d'uso nella vita descrive la contiguità con la sostanza, la P.A. di Trento si caratterizza per una diffusione superiore del 20% alla media nazionale (circa il 10% nella P.A. di Trento contro l'8% in Italia). Sono soprattutto i giovani sotto i 30 anni ad evidenziare una maggiore esposizione al rischio di entrare in contatto con la sostanza, l'incremento in queste classi di età è relativo sia rispetto al dato nazionale che relativamente al trend dal 2001 (figura 3).

Nell'ultimo anno ha fatto uso di cocaina oltre il 7% dei residenti nella P.A. di Trento contro il 4,5% dei residenti nel resto d'Italia. L'esperienza d'uso negli ultimi 12 mesi individua la quota di popolazione che ha mantenuto contatti con la sostanza, in Italia il 50% e nella P.A. di Trento il 70%, rapporto che si è mantenuto pressoché costante nei due anni indagati.

Fig. 2 - Esperienza riferita d'uso di cocaina nel corso degli ultimi 12 mesi (tassi di prevalenza 2002-2003 per 1000 residenti tra i 15 e i 34 anni di età), in alcuni paesi europei che hanno partecipato allo studio sull'uso di droghe nella popolazione generale promosso dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze

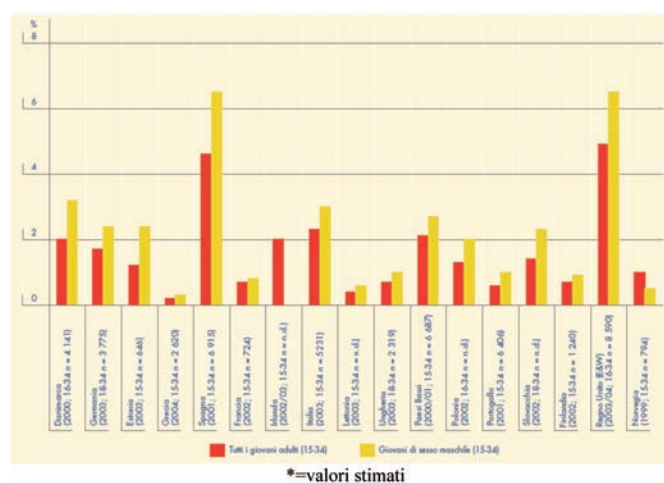


Fig. 3 - Uso riferito di cocaina nella vita (tassi di prevalenza per 100 residenti), per genere e classi di età in confronto Italia P.A. Trento 2001; Studi IPSAD 2001 e IPSAD 2003 del Consiglio Nazionale delle Ricerche

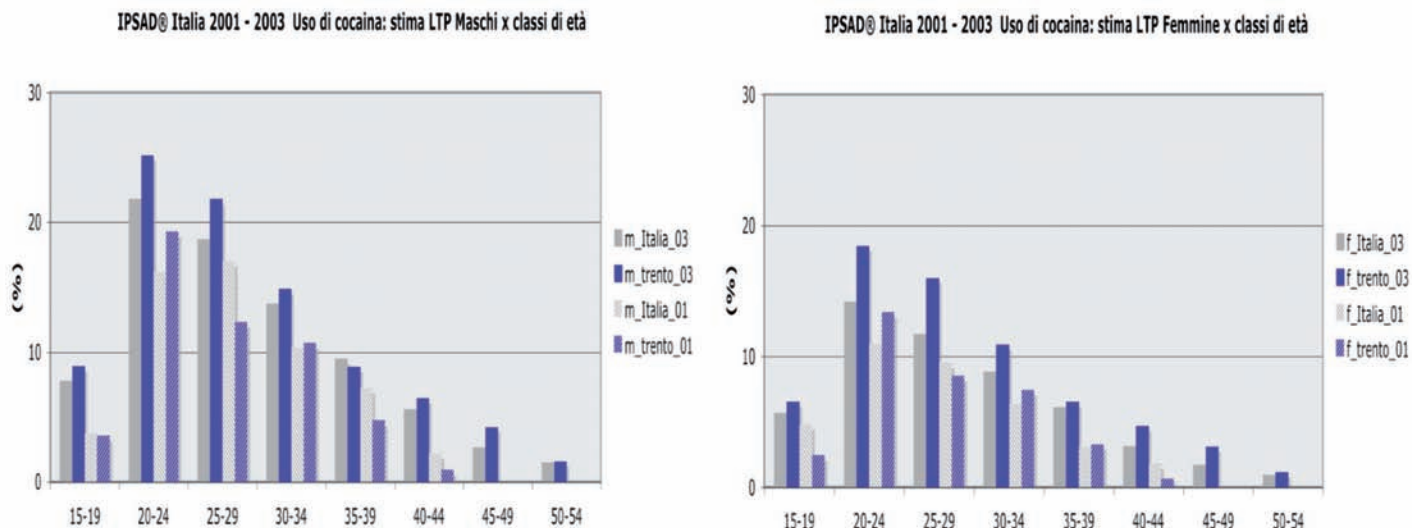


Fig. 4 - Uso riferito di cocaina negli ultimi 12 mesi (tassi di prevalenza per 100 residenti), per genere e classi di età in Italia, confronto 2001-2003; Studio IPSAD-Italia® del Consiglio Nazionale delle Ricerche

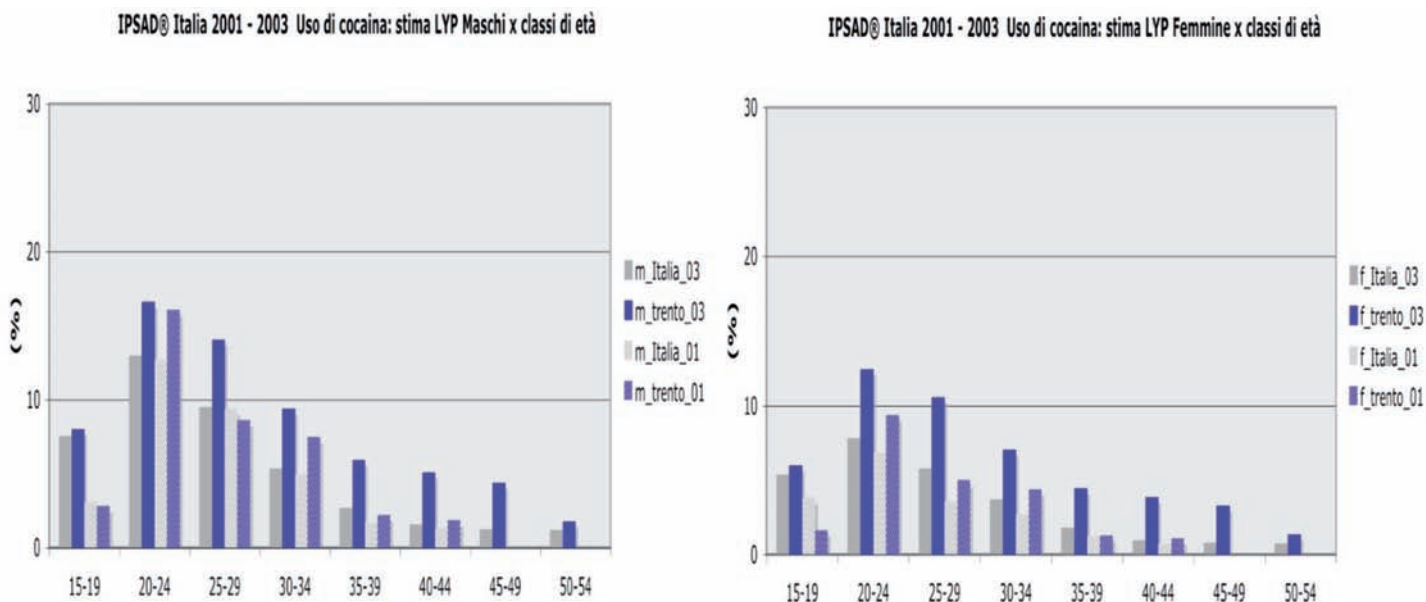


Fig. 5 - Uso riferito di cocaina negli ultimi 30 giorni (tassi di prevalenza per 100 residenti), per genere e classi di età in Italia, confronto 2001-2003; Studio IPSAD-Italia® del Consiglio Nazionale delle Ricerche

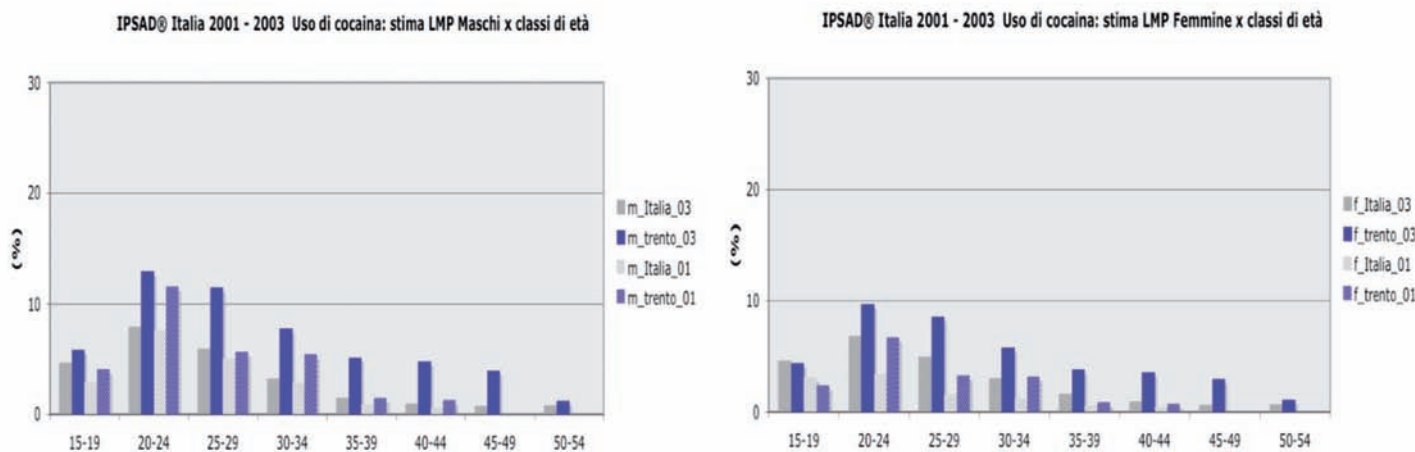


Fig. 6 - Prevalenza dell'uso riferito di cocaina nella vita per genere e classi di età in Italia, confronto Italia-Trento; Studio ESPAD-Italia®2004 del Consiglio Nazionale delle Ricerche

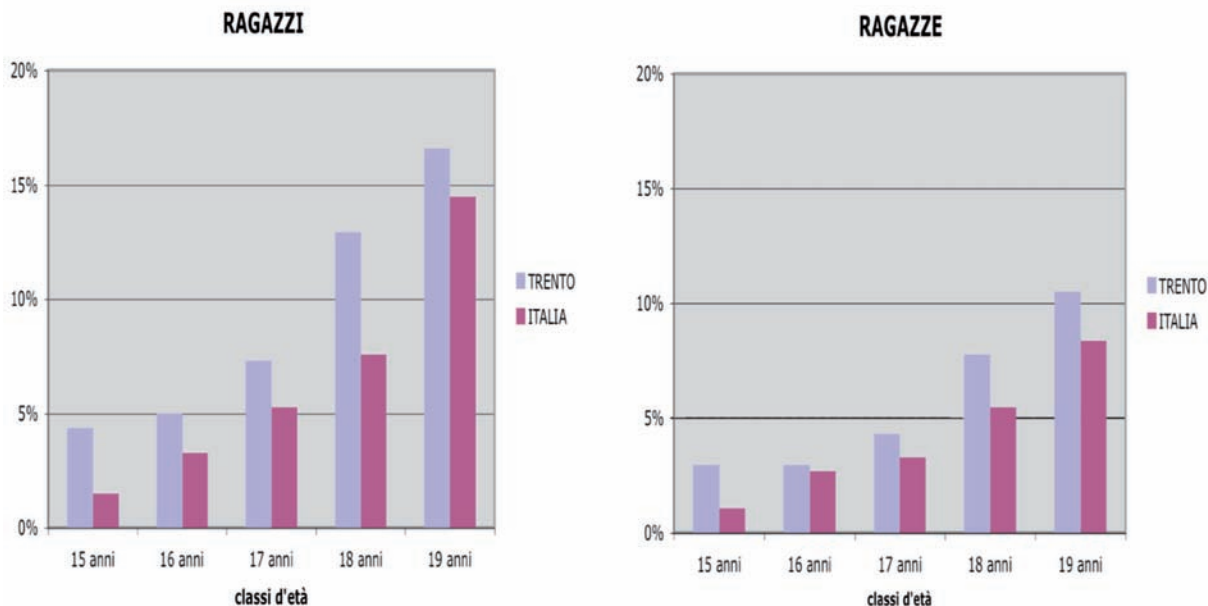
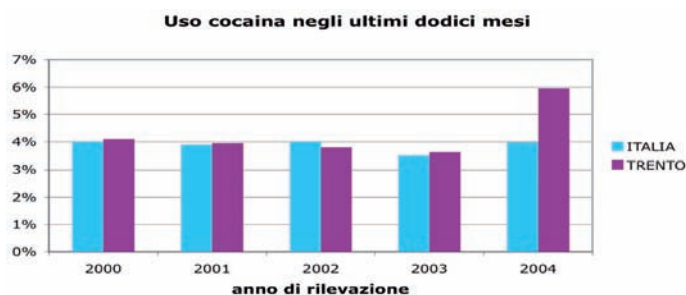


Fig. 7 - Uso riferito di cocaina negli ultimi 12 mesi per genere e classi di età, trend storico 2000-2005, confronto Italia-Trento; Studio ESPAD-Italia® del Consiglio Nazionale delle Ricerche



I residenti della P.A. di Trento evidenziano anche in questo caso un'attitudine al consumo di cocaina superiore alla media nazionale, se nel 2001 erano il 20% in più dei coetanei residenti in Italia, nel 2003 sono oltre il 60% di più. I maggiori consumatori sono i maschi, tuttavia nella P.A. di Trento si osserva un notevole incremento fra le donne che riferiscono uso di cocaina (nel 2003 sono il doppio rispetto al 2001, in Italia l'incremento delle consumatrici è del 40%) (figura 4). Il 3% in Italia e circa il 6% nella P.A. di Trento riferisce uso di cocaina negli ultimi 30 giorni. Considerando solo l'uso recente così come nel resto d'Italia anche nella P.A. di Trento, lo scarto tra le prevalenze riferite è più elevato nelle donne rispetto agli uomini (figura 5). Differentemente dall'andamento nazionale in cui sono i soggetti giovanissimi a presentare un incremento maggiore (15-19 anni), nella P.A. di Trento sono i giovani dai 25 ai 40 anni (figura 5).

Il dato rilevato dallo studio ESPAD-Italia®2004 sulla popolazione giovanile scolarizzata conferma quello relativo alla diffusione nella popolazione generale (IPSA-Italia®2004). Anche fra i giovanissimi infatti nella P.A. di Trento la contiguità con la cocaina è superiore alla media nazionale (circa una volta e mezzo). Il 9,3% degli studenti maschi ed il 6,3% delle studentesse riferisce

un contatto con la sostanza. Gli studenti maschi mostrano una predilezione alla sostanza maggiore rispetto alle coetanee e già a 16 anni il 5% degli studenti residenti a Trento ha fatto uso almeno una volta di cocaina (figura 6).

Dall'analisi del trend storico si evidenzia come, ad eccezione che per il 2004, la proporzione di studenti che nell'anno precedente la compilazione del questionario ha avuto contatto con la sostanza si aggira intorno al 4%, si osserva inoltre che dal 2000 al 2003 la diffusione della sostanza nella P.A. di Trento si è mantenuta in media con il dato nazionale. Si osserva un picco nel 2004 in cui gli studenti che hanno riferito un uso recente sono il 6% (figura 7).

La diffusione dell'uso di stimolanti

L'espressione "stimolanti" viene utilizzata in riferimento sia alle amfetamine sia al gruppo ecstasy. Il termine «amfetamine» è una parola generica usata per descrivere una serie di sostanze chimicamente correlate che stimolano il sistema nervoso centrale; tra queste le due più importanti, dal punto di vista del mercato europeo delle droghe illecite, sono l'anfetamina e la metanfetamina.

Le amfetamine e l'ecstasy nella maggior parte dei paesi Europei si caratterizzano come la seconda sostanza usata più di frequente (in Italia la terza dopo cannabis e cocaina). La prevalenza del consumo di queste sostanze nella popolazione generale è bassa essendo esposti al rischio soprattutto i gruppi di giovani.

Circa lo 0,2-6,5% della popolazione europea ha provato l'ecstasy con valori compresi tra l'1 ed il 4% per la maggior parte dei paesi. Il consumo di ecstasy è più diffuso nel gruppo dei giovani, la prevalenza una tantum è infatti compresa tra lo 0,4 ed il 13%, con una diffusione più accentuata nel Regno Unito e nella Repubblica Ceca. In Italia ha avuto almeno un contatto con gli stimolanti circa il 3% della popolazione.

Il dato relativo al consumo recente illustra una situazione particolarmente grave nella Repubblica Ceca, sia per quanto riguar-

Fig. 10 - Uso riferito di stimolanti negli ultimi 12 mesi (tassi di prevalenza per 100 residenti), per genere e classi di età in Italia, confronto 2001-2003; Studio IPSAD-Italia® del Consiglio Nazionale delle Ricerche

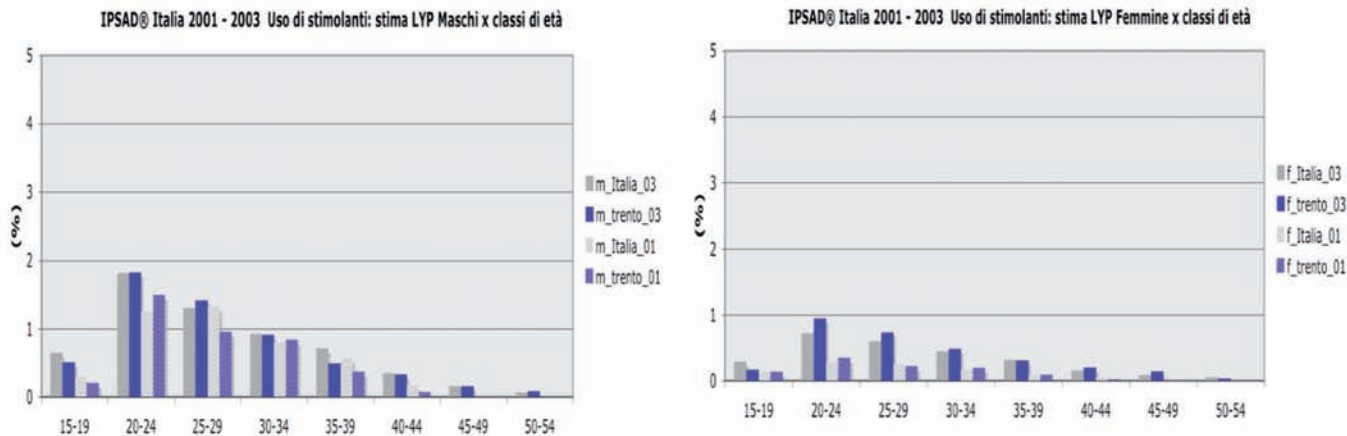


Fig. 11 - Uso riferito di ecstasy nella vita, per genere e classi di età in Italia, confronto Italia Trento; Studio ESPAD-Italia®2004 del Consiglio Nazionale delle Ricerche

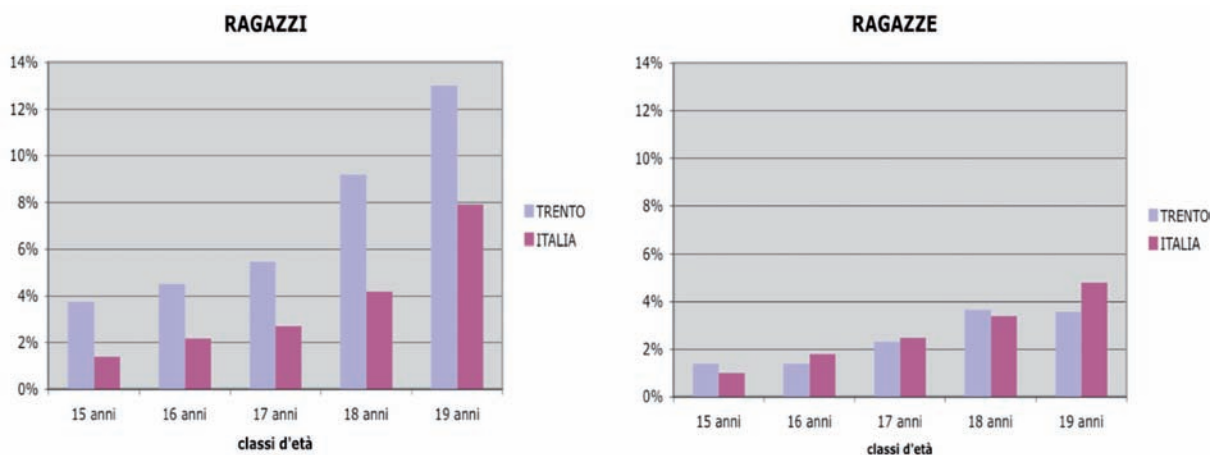


Fig. 12 - Uso riferito di ecstasy negli ultimi 12 mesi, per genere e classi di età in Italia, trend 2000-2004; Studio ESPAD-Italia® del Consiglio Nazionale delle Ricerche

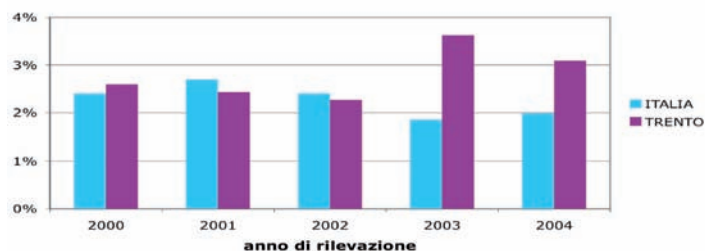
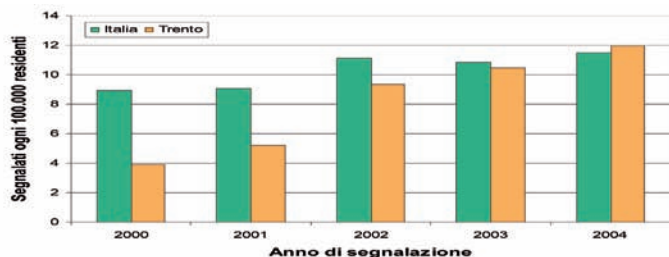


Fig. 13 - Soggetti segnalati alle prefetture (ogni 100.000 residenti) per possesso di cocaina per uso personale in esecuzione dell'art. 75 del DPR 309/90 in Italia e nella P.A. di Trento (anni 2000-2004)



Diversamente, per gli stimolanti il trend registrato negli ultimi cinque anni nella Provincia Autonoma di Trento sembra essere in controtendenza rispetto a quello osservato a livello nazionale, che nel 2004 si è attestato intorno a 1 soggetto segnalato ogni 100.000 residenti contro i 2 di Trento (figura 14).

Domanda e offerta di trattamento

Nel corso dell'anno 2005, circa il 10% e 2% degli utenti che si sono rivolti per la prima volta ai servizi per le tossicodipendenze (N = 125) della P.A. di Trento, hanno effettuato un trattamento, rispettivamente, relativamente all'uso primario di cocaina/crack ed ecstasy/amfetamine (in Italia nel 2004 erano circa l'11% per cocaina/crack e l'1% per ecstasy/amfetamine); tali valori risultano decisamente più elevati qualora i pazienti in trattamento presentino tali sostanze come secondarie e quindi come droghe che accompagnano l'uso di eroina. In tal caso si passa a quasi il 40% per la cocaina/crack (in Italia nel 2004 erano ca. il 30%) e poco più del 14% per ecstasy/amfetamine (in Italia nel 2004 5,3%).

I valori percentuali hanno subito nel corso del quadriennio 2002-2005, un significativo incremento, che nel caso dell'uso primario va da ca. il 3% (su un totale di 77 soggetti che nel corso dell'anno 2002 si sono rivolti per la prima volta ad un Servizio per le tossicodipendenze) a quasi il 10% per la cocaina e

Fig. 14 - Soggetti segnalati alle prefetture (ogni 100.000 residenti) per possesso di stimolanti per uso personale in esecuzione dell'art. 75 del DPR 309/90 in Italia e nella P.A. di Trento (anni 2000-2004)

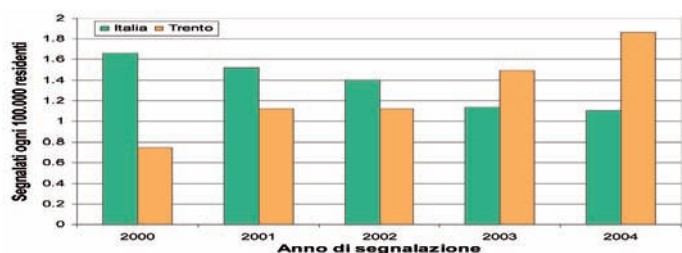
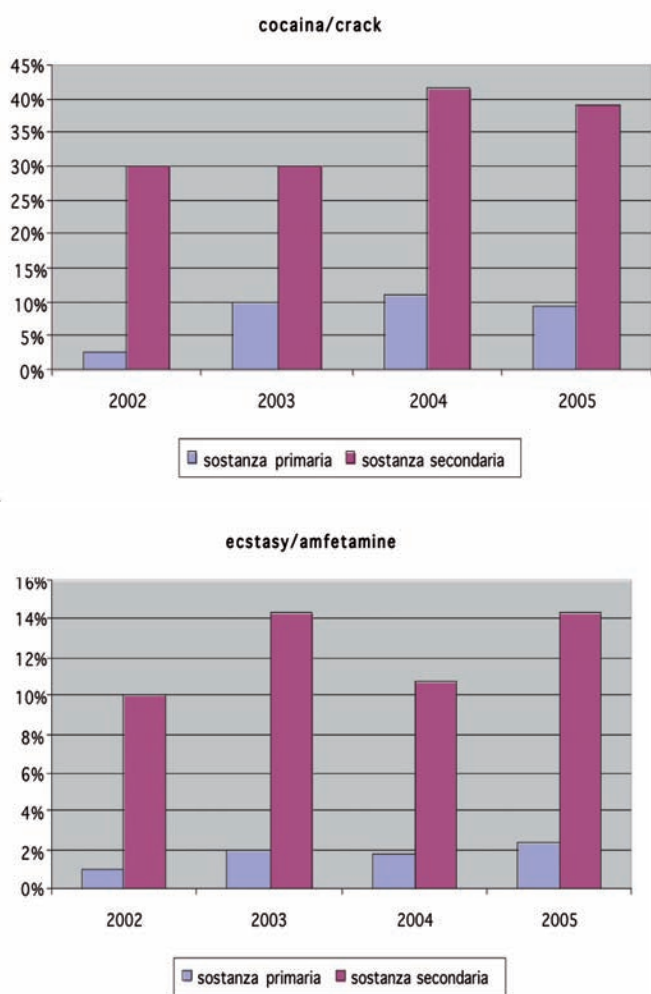


Fig. 15 - Domanda di trattamento per uso primario o secondario di cocaina/crack e ecstasy/amfetamine presso le strutture territoriali per le tossicodipendenze, Ser.T., della P.A. di Trento; periodo 2002-2005



dall'1% al 2% per ecstasy e amfetamine mentre per l'uso secondario sempre rispettivamente da ca. il 30% a quasi il 40% e dal 10% ad oltre il 14% del 2005 seguito ad una diminuzione registrata tra il 2003 ed il 2004 (figura 15).

La crescita della prevalenza di pazienti in trattamento per uso di cocaina/crack e ecstasy/amfetamine, nella popolazione afferente ai servizi della P.A. di Trento, determina naturalmente la necessità di interventi terapeutici mirati che richiedono ulteriori energie e competenze ai servizi che operano direttamente con tali realtà.

È interessante rilevare che se per quanto attiene ai soggetti che si sono rivolti ai Servizi per le tossicodipendenze della Provincia

Autonoma di Trento, per un trattamento in relazione all'uso primario di cocaina/crack la quota più elevata tra questi, oltre il 45%, ha avuto accesso tramite le prefetture, nel caso dell'ecstasy/amfetamine tale valore percentuale scende a quasi il 23% a vantaggio dell'accesso volontario rilevato in oltre il 70% dei soggetti (figura 16). L'analisi effettuata sugli anni intercorsi tra età di primo uso della sostanza ed età al momento del primo trattamento evidenzia delle differenze di rilievo in base alle specifiche sostanze considerate; si passa da un intervallo di tempo che è di quasi 12 anni nel caso della cocaina e di quasi 3 per l'ecstasy/amfetamine (figura 17). Se la richiesta di trattamento per uso/abuso di cocaina (ca. 61%) e cannabinoidi (ca. 66%) risulta soprattutto diffusa tra coloro che hanno una occupazione di tipo stabile, l'ecstasy e le amfetamine (ca. 42%) vengono utilizzate principalmente dagli studenti. Differenze di rilievo tra le sostanze considerate si rilevano anche a carico dell'età: quasi l'80% dei soggetti sottoposti a trattamento per uso/abuso di cocaina/crack, ha un'età che va oltre i 25 anni contro poco più del 60% dei pazienti in cura per uso/abuso di ecstasy/amfetamine con un'età inferiore ai 24 anni (figura 18). I trattamenti effettuati presso i Ser.T. della Provincia Autonoma di Trento, nel corso dell'anno 2005, hanno tutti fatto seguito ad una previa raccolta di informazioni, relative a ciascun paziente, inerenti le caratteristiche anagrafiche, mediche, ambientali, tossicologiche, sociali, psicologiche e legali consentendone la classificazione in due categorie omogenee di alta e bassa evolutività futura della condizione di "astinente": la prima comprende situazioni in cui risulta ipotizzabile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza, la seconda riguarda soprattutto 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. Differenze significative tra le due categorie

Fig. 16 - Modalità di accesso al trattamento, presso i Ser.T. della Provincia Autonoma di Trento, per uso primario di cocaina/crack e ecstasy/amfetamine; anno 2005

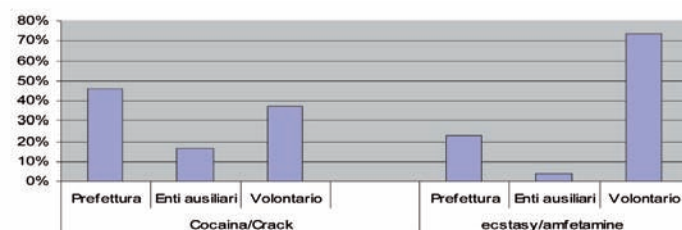


Fig. 17 - Tempo intercorso tra età di primo uso della sostanza ed età al momento del primo trattamento, presso un servizio per le tossicodipendenze; anno 2005

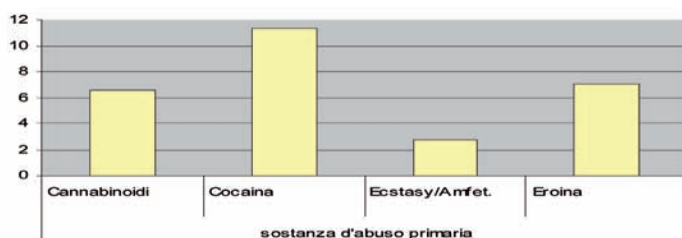


Fig. 18 - Condizione occupazionale ed età dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. della Provincia Autonoma di Trento; anno 2005

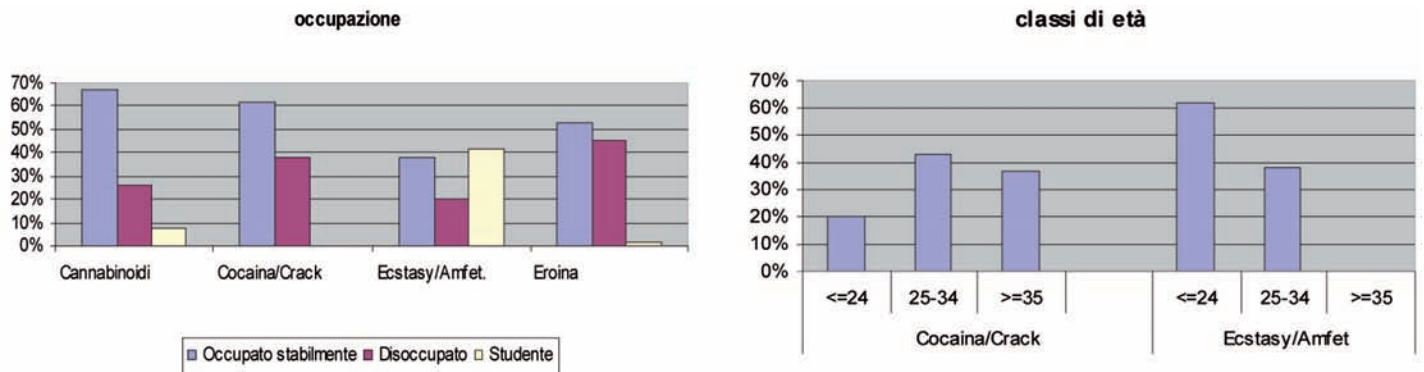
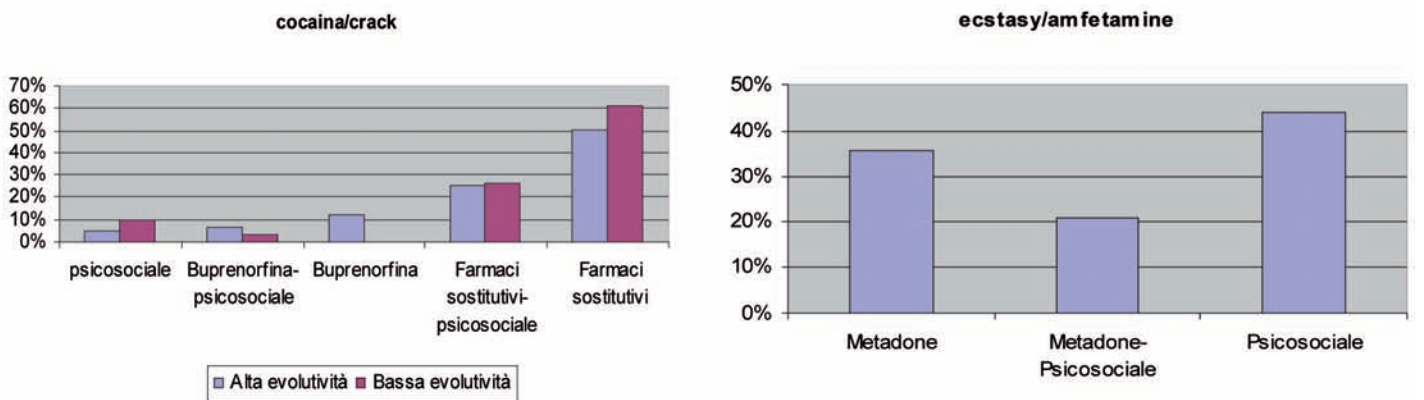


Fig. 19 - Trattamenti effettuati, presso i Ser.T. della P.A. di Trento, per uso/abuso di cocaina/crack e ecstasy/amfetamine; anno 2005



di pazienti (alta e bassa evolutività) non riscontrabili nel caso dei trattamenti rivolti a soggetti in cura per uso/abuso di ecstasy/amfetamine si rilevano soprattutto nel caso dei pazienti trattati per uso/abuso di cocaina/crack; mentre nel caso dei primi il trattamento d'elezione è quello psicosociale (rivolto a poco più del 45% dei pazienti) per i secondi è importante rilevare che il trattamento con buprenorfina, da solo o abbinato a quello psicosociale, risulta impiegato soprattutto nel caso di soggetti classificati in condizione di alta evolutività futura della condizione di astinente (figura 19).

Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento

L'acquisizione di informazione dettagliata sull'utenza che in un determinato periodo di tempo si è rivolta presso le strutture preposte al trattamento, consente di strutturare analisi di tipo quantitativo che permettono di descrivere in maniera più approfondita aspetti specifici del fenomeno in esame. Uno di questi aspetti è quello della distribuzione spaziale, a livello comunale, della prevalenza di utenza utilizzatrice di cocaina e stimolanti censita dai servizi e residente sul territorio che compone la P.A. di Trento. L'obiettivo dell'analisi è quello di valutare, con le opportune metodologie statistiche epidemiologiche, l'andamento geografico della prevalenza di utenza residente (corrispondente a 299 soggetti) che, per l'anno 2005, è risultata associata all'uso, sia primario che secondario, di cocaina, ecstasy o altri stimolanti, così da evidenziare l'eventuale presenza di comuni con eccesso (o difetto) significativo di utenza rilevata rispetto al valore medio provinciale preso come riferimento.

La presentazione della semplice mappa delle prevalenze (figura 20a) può non essere sufficiente a descrivere in maniera adeguata la distribuzione territoriale in quanto, per alcuni comuni, i valori maggiori di prevalenza, corrispondenti nella mappa alle aree più scure, possono essere imputabili ad un esiguo numero di soggetti. Per ovviare a questo tipo di problema interpretativo è quindi necessario elaborare l'informazione tramite modelli di analisi che "liscino" la mappa delle prevalenze osservate, producendo delle stime (figura 20b) che variano in maniera più graduale da comune a comune e che tengono in conto sia di variabili osservabili, quali ad esempio la densità abitativa e la dislocazione altimetrica, che di variabili non osservabili ma desumibili, quali ad esempio la contiguità con comuni a prevalenza di utenza bassa o elevata. L'interpretazione sostanziale è però quella fornita dalla mappatura delle cosiddette probabilità a posteriori (figura 21). I valori mappati indicano con quale probabilità il valore di prevalenza di utenza stimato per il singolo comune sia maggiore del valore medio provinciale preso come riferimento. Dei 223 comuni che compongono il territorio della Provincia Autonoma di Trento, 4 (Trento, Ala, Molveno e Cles) presentano valori di probabilità a posteriori maggiori di 0.95, ad indicare come il valore stimato della prevalenza di utenza sia significativamente maggiore del valore medio provinciale, mentre 13 comuni (Pellizzano, Tuenno, Castello-Molina di Fiemme, Ronchi Valsugana, Praso, Ziano di Fiemme, Castello Tesino, Tione di Trento, Moena, Preore, Tesero, Cavalese e Folgaria) presentano valori di probabilità a posteriori minori di 0.05 ad indicare come il valore stimato della prevalenza sia significativamente inferiore al valore di riferimento. Rispetto agli altri comuni, 174 mostrano valori della prevalenza stimati tendenzialmente inferiori del valore di riferimento,

Fig. 20 - Prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) per mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni

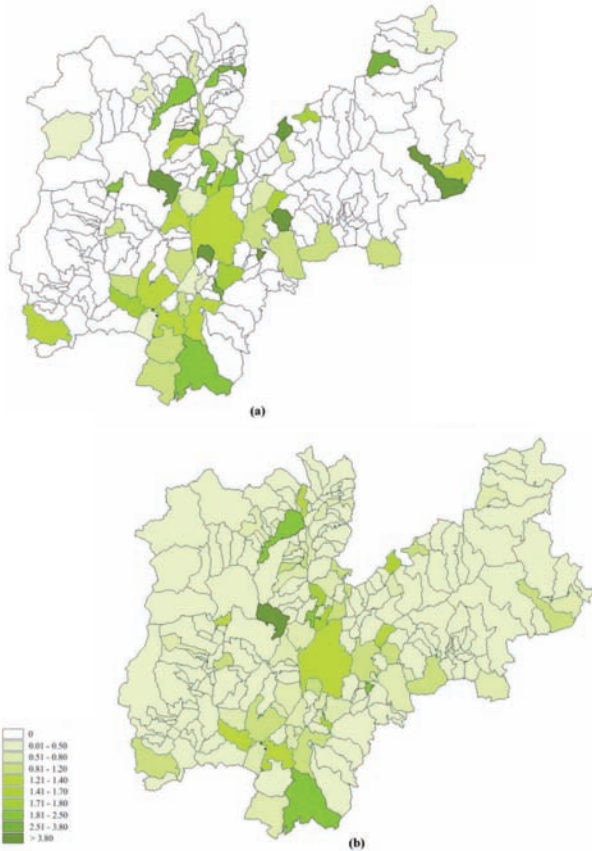


Fig. 21 - Probabilità a posteriori stimate con il modello di analisi definito

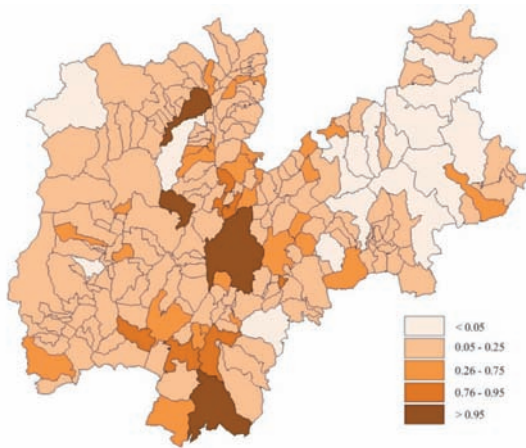


Fig. 22 - Distribuzione percentuale degli italiani e stranieri denunciati per art. 74 nel 2004 in Italia e nella Provincia Autonoma di Trento (calcolati sul totale delle denunce per gli artt. 73 e 74)

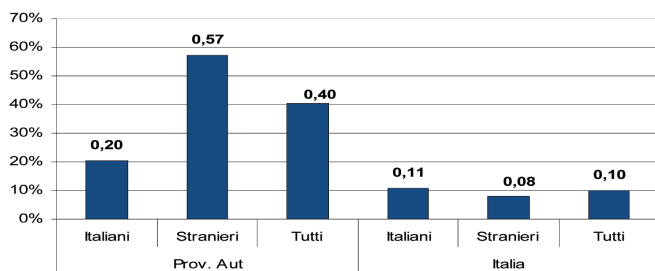


Fig. 23 - Distribuzione percentuale delle denunce effettuate nel 2004 nella Provincia Autonoma di Trento e in Italia, suddivise per nazionalità e sostanza

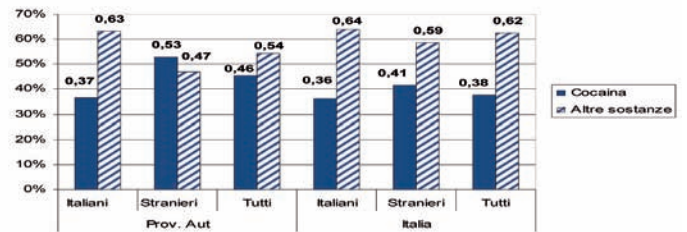
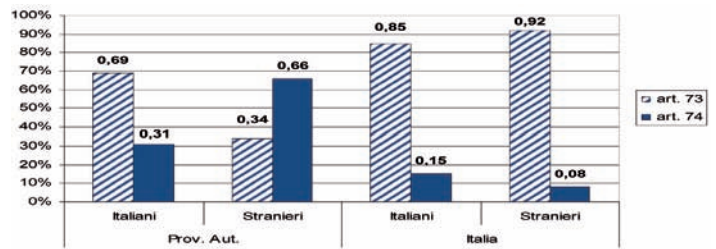


Fig. 24 - Distribuzione delle denunce per cocaina nella Provincia Autonoma di Trento e in Italia in base al capo di imputazione. Anno 2004



ovvero con probabilità a posteriori compresa tra 0.05 e 0.25, e 7 presentano valori della prevalenza stimati tendenzialmente superiori al valore di riferimento, ovvero con probabilità a posteriori compresa tra 0.76 e 0.95. Per i restanti 25 i valori stimati non risultano differenti dal valore medio provinciale.

Dal punto di vista interpretativo, una così elevata quota di comuni, pari all'84%, con valori della prevalenza di utenza o tendenzialmente o significativamente inferiore al valore medio provinciale indica come il fenomeno sia prettamente concentrato in aree territoriali identificabili in due cluster di comuni l'una intorno al comune capoluogo ed al comune di Molveno e l'altra intorno al territorio adiacente al comune di Ala, entrambi collocati sulla dorsale di comunicazione Nord-Sud che attraversa il territorio della provincia.

Criminalità

Delle 31.261 denunce per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 del DPR 309/90) e all'associazione finalizzata al traffico (art. 74) effettuate in Italia nel 2004, 268 si ritrovano nella Provincia Autonoma di Trento.

Nonostante il tasso standardizzato delle denunce effettuate in quest'area sia sostanzialmente in linea con quello nazionale (circa 8 denunce ogni 10.000 abitanti tra i 15 ed i 64 anni), l'analisi delle distribuzioni dei deferiti in base alla nazionalità, al reato e alle sostanze a cui primariamente sono state rivolte le operazioni risulta significativamente differente da quella rilevata nella penisola.

Complessivamente si osservano valori significativamente superiori a quelli nazionali per quanto riguarda la presenza di stranieri (rispettivamente circa il 54% vs poco meno del 28%), la quota di denunce per il reato più grave di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (rispettivamente circa il 40% contro il 10%) e la percentuale di deferiti per cocaina (rispettivamente circa il 46% vs poco meno del 38%).

Qualora si analizzi il capo di imputazione in base alla nazionalità si osserva che, se a livello nazionale solo poco più dell'8% degli stranieri viene denunciato per il reato previsto dall'art. 74, nella Provincia di Trento tale valore arriva a superare il 57% (figura 22). Il maggior coinvolgimento in tale tipo di reati risulta ancora più evidente nel caso delle denunce per cocaina e soprattutto tra gli stranieri. Se nella Provincia Autonoma quasi il 46% delle denunce ha riguardato il traffico di questa sostanza (figura 23), tale valore scende a meno del 37% tra gli italiani (circa il 36% in Italia) e sale a circa il 53% tra gli stranieri (poco più del 41% in Italia). Tale distribuzione varia qualora si passino ad analizzare separatamente le denunce in base all'art. 73 da quelle per associazione finalizzata al traffico e alla vendita in base alla nazionalità dei deferiti per cocaina (figura 24). Se infatti in Italia poco più del 13% delle denunce per questa sostanza ha riguardato il reato previsto dall'art. 74 (circa il 15% tra gli italiani, circa l'8% più bassa tra gli stranieri), nella Provincia Autonoma tale valore sale a più del 53%, al 66% tra gli stranieri e al 31% tra gli italiani.

Bibliografia

- Aharonovich E., Liu X., Samet S., Nunes E., Waxman R., Hasin D., "Postdischarge cannabis use and its relationship to cocaine, alcohol, and heroin use: a prospective study", *Am J Psychiatry*, 2005 Aug, 162(8): 1507-14.
- Block L.G., Morwitz V.G., Putsis W.P. Jr., Sen S.K., "Assessing the impact of antidrug advertising on adolescent drug consumption: results from a behavioral economic model", *Am J Public Health*, 2002 Aug, 92(8): 1346-51.
- Carroll K.M., Fenton L.R., Ball S.A., Nich C., Frankforter T.L., Shi J., Rounsaville B.J., "Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial", *Arch Gen Psychiatry*, 2004 Mar, 61(3): 264-72.
- Caulkins J.P., "Drug prices and emergency department mentions for cocaine and heroin", *Am J Public Health*, 2001 Sep, 91(9): 1446-8.
- Centers for Disease Control and Prevention, Youth Risk Behavior Surveillance, United States, 2003, May 2004.
- Compton W.M., Thomas Y.F., Conway K.P., Colliver J.D., "Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders", *Am J Psychiatry*, 2005 Aug, 162(8): 1494-502.
- Copersino M., Stabile P.Q., Kolodner K., Li R., "Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study", *Arch Gen Psychiatry*, 2005 Oct, 62(10): 1148-56.
- Curzio O., Rossi G., Pepe P., Mariani F., *Prevalenza d'uso di cocaina nella regione Liguria: utilizzo del metodo cattura-ricattura*. Atti del Congresso di Primavera della Fisiologia Clinica, 2006.
- Department of State, Major Coca & Opium Producing Nations: Cultivation and Production Estimates, 1996-2000, 2001.
- Drug Enforcement Administration Web site, Drug Descriptions: Cocaine.
- Drug Enforcement Administration, *Defendant Statistical System, as reported in Sourcebook of Criminal Justice Statistics*, Bureau of Justice Statistics, September 2004.
- Drug Enforcement Administration, *Drug Trafficking in the United States*, September 2001.
- Drug Enforcement Administration, *Drugs of Abuse*, February 2003.
- Eiserman J.M., Diamond S., Schensul J.J., "Rollin' on E: a qualitative analysis of ecstasy use among inner city adolescents and young adults", *J Ethn Subst Abuse*, 2005, 4(2): 9-38.
- Faggiano F., Studio VEdeTTE, *Valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina parte I: trattamenti offerti nei Ser.T.: caratteristiche ed esito*, Ministero della Salute, Osservatorio epidemiologico della Regione Piemonte, Dipartimento di epidemiologia ASL Roma E, 2003.
- Falck R.S., Wang J., Siegal H.A., Carlson R.G., "The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications", *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jul, 192(7): 503-7.
- Greydanus D.E., Patel D.R., "Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician", *Pediatr Clin North Am*, 2003 Oct, 50(5): 1179-223.
- Handbook for surveys on drug use among the general population – EMCDDA Project CT.99.EP.08.B, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Havis S., Best D., Carter J., "Concealment of drugs by police detainees: lessons learned from adverse incidents and from 'routine' clinical practice", *J Clin Forensic Med*, 2005 Oct, 12(5): 237-41.
- Herning R.I., Better W., Tate K., Cadet J.L., "Neuropsychiatric alterations in MDMA users: preliminary findings", *Ann N Y Acad Sci*, 2005 Aug, 1053: 20-7.
- Higgins S.T., Sigmon S.C., Wong C.J., Heil S.H., Badger G.J., Donham R., Dantona R.L., Anthony S., "Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients", *Arch Gen Psychiatry*, 2003 Oct, 60(10): 1043-52.
- Kraus L., Augustin R., Frischer M. et al. "Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway", *Addiction*, 2003, 98: 471-485.
- Liechti M.E., Kunz I., Kupferschmidt H., "Acute medical problems due to Ecstasy use. Case-series of emergency department visits. Swiss Med Wkly", 2005 Oct 29, 135(43-44): 652-7.
- Medina K.L., Shear P.K., Corcoran K., "Ecstasy (MDMA) exposure and neuropsychological functioning: a polydrug perspective", *J Int Neuropsychol Soc.*, 2005 Oct, 11(6).
- Merline A.C., O'Malley P.M., Schulenberg J.E., Bachman J.G., Johnston L.D., "Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use", *Am J Public Health*, 2004 Jan, 94(1): 96-102.
- Molinario S., Salvadori S., Mariani F., "Epidemiologia dell'uso e del consumo problematico di cocaina in Italia", *FeDerSerD, Cocaina e Poliabusu*, Palermo 30 novembre-2 dicembre 2005.
- National Institute of Justice, Drug and Alcohol Use and Related Matters Among Arrestees, 2004.
- National Institute on Drug Abuse and University of Michigan, Monitoring the Future 2004 Data from In-School Surveys of 8th-, 10th-, and 12th-Grade Students, December 2004.
- National Institute on Drug Abuse and University of Michigan, Monitoring the Future 2004 Data from In-School Surveys of 8th-, 10th-, and 12th-Grade Students, December 2004.
- National Institute on Drug Abuse, *Cocaine: Abuse and Addiction*, May 1999.
- National Institute on Drug Abuse, *Infofacts: Crack and Cocaine*, October 2001.
- Office of National Drug Control Policy, Pulse Check: *Trends in Drug Abuse, Drug Markets and Chronic Users in 25 of America's Largest Cities*, January 2004.
- Office of National Drug Control Policy, Pulse Check: *Trends in Drug Abuse*, July-December 2001 Reporting Period, April 2002.
- Poling J., "Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population", *Arch Gen Psychiatry*, 2006 Feb, 63(2): 219-28.
- Rapporto al Parlamento sulle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, giugno 2005.
- Rezza G., Scalia Tomba G., Martucci P., Massella M., Noto R., De Risio A., Brunetti B., Ardita S., Stamini G., *Prevalence of the use of old and new drugs among new entrants in Italian prisons Ann Ist Super Sanita*, 2005, 41(2): 239-45.
- Schensul J.J., Diamond S., Disch W., Bermudez R., Eiserman J., "The diffusion of ecstasy through urban youth networks", *J Ethn Subst Abuse*, 2005, 4(2): 39-71.
- Shanti C.M., Lucas C.E., "Cocaine and the critical care challenge", *Crit Care Med*, 2003 Jun, 31(6): 1851-9.
- Simpson D.D., Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 2002 Jun, 59(6): 538-44.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Emergency Department Trends from the Drug Abuse Warning Network, Final Estimates 1995-2002, July 2003.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings, September 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights, 2003, June 2005.
- U.S. Department of Justice, CIA-Contra-Crack Cocaine Controversy, Appendix C.
- U.S. Sentencing Commission, Sourcebook of Federal Sentencing Statistics 2003, 2005.
- Weiss R.D., "The relationship between cocaine craving, psychosocial treatment, and subsequent cocaine use", *Am J Psychiatry*, 2003 Jul, 160(7): 1320-5.
- Wood E., Tyndall M.W., Qui Z., Zhang R., Montaner J.S., Kerr T., "Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility", *Am J Public Health*, 2006 May, 96(5): 770-3.

Disturbo da uso di sostanze e comorbidità psichiatrica: esperienza con Olanzapina

Stefano Garbolino*[^], Carlo Rosso[^], Rocco Tartaglia[°], Daniele Pini*, Daniela Lapio*, Paola Natta*, Angelo Vaccaro*, Giuseppe Faro*

SUMMARY

■ *Coming out from base scientific evidences, Authors present their own clinic experience about to make use of psycho-pharmacological treatments with atypic antipsychotics in drug addiction medicine.*

Particularly we underline, as basic foundation of the intervention, a correct psychiatric diagnosis, an adequate psycho-pharmacological treatment and a necessary comprehensive approach that take into consideration the link clinic use versus side effects of psychotropic drugs.

To utilize psychometric scales in association with clinic dates, we permit to formulate different easily handled profiles in according to the atypic antipsychotics we use. ■

Keywords: *atypic antipsychotics, comorbidity, psychiatric diagnosis.*

Parole chiave: *antipsicotici atipici, comorbidità, diagnosi psichiatrica.*

Introduzione

La presenza di una comorbidità psichiatrica influenza l'inizio, il decorso clinico, la compliance al trattamento e la prognosi del Disturbo da uso di sostanze. D'altra parte, la pratica clinica evidenzia in modo inequivocabile la presenza di un legame complesso tra la patologia legata all'uso di sostanze e la comorbidità psichiatrica di Asse I e di Asse II. Tale complessità riveste una particolare rilevanza clinica quando il confronto con la prassi terapeutica non tiene conto della necessità di un intervento ad "ampio spettro farmacologico" che preveda l'utilizzo di farmaci delle dipendenze (metadone, buprenorfina, antagonisti degli oppiacei, acido 4-idrossibutirrico, disulfiram) e di farmaci psicotropi (antidepressivi, antipsicotici tipici ed atipici, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici). Peraltro, ogni tentativo di attribuire un senso all'interfaccia tra gli aspetti psicopatologici e la tossicodipendenza si presta a numerose critiche: le manifestazioni di comorbidità non vanno interpretate come un semplice fenomeno di co-presenza di patologie, quanto piuttosto come una malattia a sé stante, cioè un fenomeno clinico complesso che pone il paziente ad alto rischio di recidiva sia per la condotta tossicomane che per lo scompenso psicopatologico. Nella prassi operativa, in linea con la posizione della letteratura statunitense recente (che non sostiene relazioni tra specifiche dia-

gnosi psichiatriche e decorso ed esito della tossicodipendenza, ma rimarca il valore della gravità della psicopatologia) si osservano casi in cui le caratteristiche psicopatologiche più frequenti e comuni sono la carenza nel controllo degli impulsi, l'umore disforico, la compulsività, i fenomeni auto ed eteroaggressivi. La complessità del problema riguardante i pazienti con comorbidità rappresenta pertanto una sfida sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico: per quest'ultimo aspetto si sottolinea la necessità di attuare trattamenti integrati, rivolti contemporaneamente alla cura della dipendenza e del disturbo psichiatrico. In un'ottica gestionale complessiva, per poter rispondere in modo adeguato alle esigenze dei pazienti affetti da comorbidità (tenendo conto al contempo dei vincoli relativi al rapporto costi-benefici), è necessario organizzare e pianificare alcuni elementi cardinali:

- presenza di una solida rete tra gli istituti preposti al trattamento (servizi psichiatrici territoriali ed ospedalieri, servizi per le dipendenze, comunità terapeutiche, servizi sociali, privato sociale);
- formazione specifica del personale in tema di comorbidità;
- adeguata conoscenza dei farmaci psicotropi, agonisti e antagonisti e delle loro interazioni;
- attenzione clinica che tenga conto della soddisfazione soggettiva dei pazienti oltre che degli aspetti sintomatologici;
- aumento del numero di trattamenti a disposizione in modo da poter offrire un ventaglio di proposte modulate e flessibili (trattamenti terapeutici individuali, di gruppo, familiari, di auto-aiuto e interventi educativo-assistenziali);
- riduzione dei costi mantenendo alto il livello qualitativo e pertanto per esempio privilegiare programmi non residenziali ed utilizzare maggiormente interventi terapeutici di gruppo.

* Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" Servizio Territoriale - Orbassano e Beinasco (TO).

° Servizio Tossicodipendenze - Nichelino (TO).

[^] SISPS Società Italiana di Sessuologia Clinica e Psicopatologia Sessuale (Sezione Speciale Società Italiana di Psichiatria) - Torino.

Nelle prime fasi dell'intervento è fondamentale riconoscere semplicemente l'esistenza della comorbidità, mentre secondariamente è urgente effettuare una diagnosi il più accurata possibile, al fine di attuare interventi specifici e mirati ai singoli aspetti del problema.

All'interno di un contesto simile, i trattamenti psicofarmacologici rappresentano un caposaldo irrinunciabile.

Attualmente sono disponibili numerosi trattamenti farmacologici per i pazienti con disturbi psicotici e comorbidità da abuso/dipendenza da sostanze. Da diversi anni si assiste all'associazione di terapie con farmaci antipsicotici in pazienti dipendenti da sostanze: la maggior compliance terapeutica osservata nei casi di comorbidità con disturbi psicotici è uno dei presupposti per cui è ormai di comune utilizzo, anche in presenza di terapie sostitutive, l'approccio psicofarmacologico nella "doppia diagnosi". Soprattutto gli antipsicotici atipici, a motivo della scarsa collateralità extrapiramidale, si sono dimostrati efficaci nel trattamento delle patologie dello spettro schizofrenico in comorbidità con abuso/dipendenza da sostanze. Alcuni studi pilota sottolineano come la quetiapina, l'olanzapina e il risperidone possono essere utili nel trattamento di pazienti psichiatrici sia per migliorare i sintomi psichiatrici legati alle diagnosi di Disturbi dell'Umore e Disturbi Psicotici sia per la riduzione del craving per le sostanze da abuso (in particolare eroina, alcool e cocaina). In pazienti cocainomani trattati con quetiapina si sono osservate riduzioni significative dei punteggi ottenuti al Cocaine Craving Questionnaire (CCQ) ed alla BPRS. Inoltre, nei pazienti trattati con antipsicotici atipici sono state evidenziate significative riduzioni dei punteggi ottenuti alla HAM-D, alla BPRS ed al CCQ, rispetto ai pazienti che continuavano ad assumere neurolettici tipici.

L'effetto anticraving soprattutto per la dipendenza da cocaina e da alcool è stato evidenziato in alcuni studi per molecole quali clozapina, quetiapina e olanzapina in pazienti schizofrenici cronici. Tale effetto è stato messo in relazione con il minor bisogno di "autoterapia" grazie alla riduzione dei disturbi psicotici. E in tal senso appare importante sia l'effetto dopaminergico che l'effetto di blocco dei recettori serotoninergici nella riduzione del craving e degli effetti euforizzanti della cocaina.

L'utilizzo dei farmaci antipsicotici atipici nella clinica delle dipendenze

Il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'ASL 5 di Orbassano (TO) da diversi anni adotta strategie di intervento mirato in primo luogo ad un attento inquadramento diagnostico e in secondo luogo ad uno specifico trattamento della comorbidità psichiatrica presente nei pazienti affetti da dipendenze da sostanze.

Se l'obiettivo principale del trattamento psicofarmacologico è la cura della patologia psichiatrica, secondariamente ci si deve proporre, quale ulteriore passo irrinunciabile, l'obiettivo della stabilizzazione generale, intesa come ricerca del compenso psicofisico e non necessariamente come ricerca di una condizione drug free. In tal senso, il presupposto della terapia farmacologica è il recupero delle capacità cognitive del paziente, deteriorate dall'uso della sostanza, consentendo d'altra parte lo sviluppo di un atteggiamento più collaborativo e aderente ai programmi di recupero, salvaguardando il livello di salute fisica e arrestando il ciclo di ricadute e di abbandono delle terapie.

Il presente articolo illustra alcuni dati e riassume le osservazioni di una specifica opzione terapeutica, vale a dire l'utilizzo di olanzapina per pazienti affetti da Disturbi dell'Umore o Psicotici in comorbidità con disturbi da Uso di Sostanze. Il lavoro è frutto della collaborazione tra alcuni Servizi per le Tossicodipendenze della Provincia di Torino (Orbassano, Beinasco e Nichelino) all'interno dei quali è prassi comune affrontare in modo complessivo il tema della comorbidità psichiatrica: l'utilizzo dei farmaci della dipendenze (metadone sciroppo, buprenorfina compresse, antagonisti degli oppiacei, acido 4-idrossibutirrico, disulfiram) è in tali pazienti associato, laddove vi sia l'indicazione, agli specifici trattamenti psicofarmacologici.

Metodica dello studio

Attraverso il reclutamento effettuato nei Servizi per le Tossicodipendenze di Orbassano, Beinasco e Nichelino, sono stati valutati e trattati complessivamente 30 pazienti (4 femmine e 26 maschi) affetti da Disturbo da uso di Sostanze e comorbidità psichiatrica (figura 1).

La metodologia utilizzata prevedeva una prima valutazione al baseline ed una nuova osservazione a distanza di 6 mesi.

Alle visite previste sono state effettuate:

- anamnesi per valutare la presenza di familiarità per abuso di sostanze, patologie mediche di rilievo ed eventuali terapie pregresse o in corso;
- valutazione dello sviluppo psicofisico (scolarità, stato civile, occupazione, prole);
- anamnesi psichiatrica remota (diagnosi psichiatriche, pregressi trattamenti), anamnesi psichiatrica prossima e valutazione clinica utilizzando il colloquio psicodiagnostico secondo il DSM-IV-TR;
- esame clinico e tossicologico: tipo di sostanza d'abuso (attraverso l'esame dei cataboliti urinari) e terapia eventuale già in corso;
- somministrazione della scala Severity Dependence Scale (SDS) per la componente di dipendenza;
- somministrazione della scala Clinical Global Impression (CGI) per la componente psicopatologica.

La Severity Dependence Scale (SDS) è una scala a 5 items di agevole e veloce somministrazione che con un punteggio compreso tra 0 (= nessuna dipendenza) e 15 (= massima dipendenza) permette di valutare il grado di dipendenza e di craving per tutte le sostanze legali ed illegali.

La scelta della Clinical Global Impression (CGI) per tipizzare la componente psicopatologica è motivata dal fatto che tale scala è la più utilizzata per la valutazione globale della psicopatologia e la più agevole in un setting clinico quale quello presente in molti ambulatori per le dipendenze patologiche.

Caratteristiche del campione

Le sostanze principalmente utilizzate (figura 2) e per le quali i pazienti si erano rivolti ai Servizi, erano rappresentate da eroina (13 pazienti), cocaina/amfetamine (2 pazienti), cannabis (1 paziente), alcool (4 pazienti), polidipendenza intesa come presenza di dipendenza da due o più sostanze (10 pazienti).

Le patologie psichiatriche (figura 3) erano rappresentate da:

Tab. 1

	Patologia da Dipendenza	Patologia psichiatrica	OLZ	MTD	BPN	Altri farmaci			
M	Polidip.	Dist. ciclotimico	5 mg	75 mg					
M	Eroina	Dist. ciclotimico	20 mg	50 mg					
M	Eroina	Bipolare I Dist. Pers. Antisoc.	20 mg		10 mg				
M	Polidip.	Bipolare I Dist. Pers. Narcis.	20 mg		20 mg				
M	Polidip.	Schizofrenia indiff.	20 mg	80 mg					
M	Eroina	Dist. schizoaffettivo	20 mg	55 mg					
M	Alcool	Dist. ciclotimico	10 mg	70 mg		GHB 30 ml/die			
M	Cocaina amfetami ne	Bipolare I Dist. Pers. Border.	20 mg						paroxetina 30 mg/die
M	Polidip.	Dist. ciclotimico	15 mg		14 mg				
M	Eroina	Bipolare II Dist. Pers. Antisoc.	10 mg	140 mg					ac. valproico 1000 mg/die
M	Eroina	Schizofrenia paran.	10 mg	40 mg					
M	Alcool	Bipolare II	10 mg				disulfiram 200 mg/die		
M	Eroina	Bipolare II Dist. Pers. Antisoc.	10 mg	135 mg					
M	Eroina	Bipolare II	10 mg	65 mg					
M	Eroina	Bipolare II Dist. Pers. Narcis.	10 mg	70 mg					
F	Polidip.	Bipolare II	10 mg	75 mg					
M	Eroina	Bipolare I Dist. Pers. Border	10 mg		20 mg				escitalopram 10 mg/die
M	Polidip.	Dist. Delirante	10 mg		22 mg				
F	Eroina	Bipolare I Dist. Pers. Dipend.	15 mg		18 mg				
M	Eroina	Depressione maggiore	20 mg	40 mg					fluoxetina 60 mg/die
M	Polidip.	Bipolare II	5 mg	80 mg					lamotrigina 100 mg/die
M	Eroina	Dist. ciclotimico	10 mg					naltrexone 50 mg/die	
M	Polidip.	Bipolare II	5 mg		14 mg				
F	Polidip.	Bipolare II	10 mg		16 mg				
M	Polidip.	Depressione maggiore	10 mg		18 mg				duloxetina 120 mg/die
M	Eroina	Bipolare I Dist. Pers. Evitante	10 mg		20 mg				
M	Alcool	Depressione maggiore	5 mg			GHB 30 ml/die			sertralina 200 mg/die
M	Cocaina amfetami ne	Bipolare II Dist. Pers. Border.	10 mg						escitalopram 40 mg/die
F	Cannabis	Depressione maggiore	10 mg						venlafaxina 225 mg/die
M	Alcool	Bipolare II	10 mg		26 mg				

- 26 casi di Disturbi dell'umore
 - depressione maggiore: 4 pazienti
 - disturbo ciclotimico: 5 pazienti
 - disturbo bipolare I: 6 pazienti
 - disturbo bipolare II: 11 pazienti
- 4 casi di Disturbi psicotici
 - schizofrenia: 2 pazienti
 - disturbo schizoaffettivo: 1 paziente
 - disturbo delirante: 1 paziente

È da sottolineare che in 10 casi era presente una comorbidità per disturbi di Asse II (2 casi afferenti al Cluster C e 8 casi afferenti al Cluster B): in merito allo studio è stato ritenuto prevalente il disturbo di Asse I.

Pattern di trattamento

I trattamenti a cui sono stati sottoposti i 30 pazienti comprendevano sia terapie psicofarmacologiche con olanzapina (dosaggi compresi tra 5 mg e 20 mg/die) sia altre terapie farmacologiche quali metadone sciroppo (13 casi con range terapeutico compreso tra 40 e 140 mg/die), buprenorfina compresse s.l. (11 casi con range terapeutico compreso tra 10 e 26 mg/die), farmaci oppiacei antagonisti: naltrexone (1 caso alla posologia di 50 mg/die), farmaci per il trattamento dell'alcoolismo: disulfiram (1 caso alla posologia di 200 mg/die) e acido 4-idrossibutirrico (2 casi alla posologia di 30 ml/die) e altri farmaci psicotropi (antidepressivi e stabilizzatori dell'umore) (tabella 1 e figura 4).

La posologia farmacologica (sia per quanto concerne la terapia con olanzapina che per quanto concerne la terapia con altri farmaci) è stata ottimizzata attraverso verifiche periodiche e un monitoraggio continuo.

Dal punto di vista laboratoristico sono stati effettuati screening accurati con verifica dei parametri ematochimici e di funzionalità epatica e renale.

Inoltre, da un punto di vista complessivo, tutti i pazienti erano collocati all'interno di un progetto riabilitativo globale, comprensivo di sostegno psico-educazionale e mirato ad un recupero e potenziamento delle capacità residue.

Risultati

In tutti i 30 soggetti è stata effettuata una valutazione clinica e testistica (somministrazione della Severity Dependence Scale – SDS e della Clinical Global Impression – CGI) sia iniziale che dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento con olanzapina.

L'aspetto clinico rilevante è rappresentato dalla importante quota di pazienti affetti da Disturbo Bipolare I e II (57% dei casi). D'altra parte, in letteratura la comorbidità lifetime del disturbo bipolare nei tossicodipendenti è descritta in percentuali che variano tra il 20 ed il 70% mentre, in popolazioni non cliniche, i temperamenti affettivi rappresentano di per sé un fattore di rischio per l'abuso di sostanze.

Per quanto concerne i risultati dello studio, sono stati considerati parametri clinici di efficacia del trattamento:

- la riduzione dell'uso di sostanze illegali (eroina, cocaina, amfetamine, cannabis) attraverso la verifica bisettimanale dei metaboliti urinari (riduzione calcolata sulla base di non più di 2 positività al mese);
- la riduzione dell'uso di sostanze legali (alcool) attraverso esami alcolimetrici bisettimanali con Alcolimetro tipo Lion

Fig. 1 - Sesso del Campione 30 pazienti (26 maschi e 4 femmine)

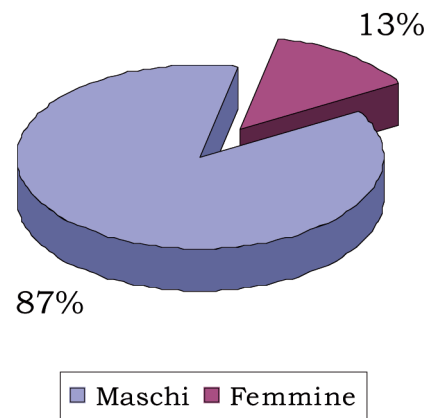


Fig. 2 - Uso di sostanze

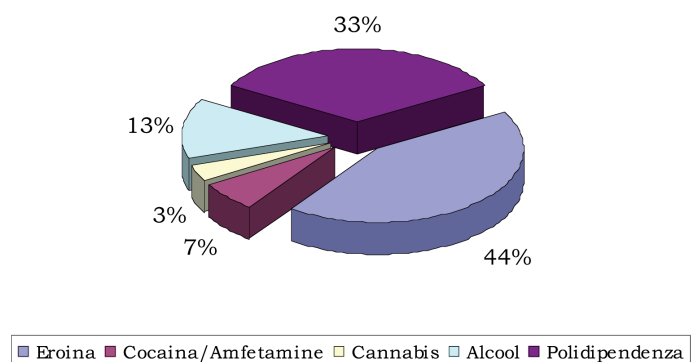


Fig. 3 - Comorbidità Psichiatrica (Asse I)

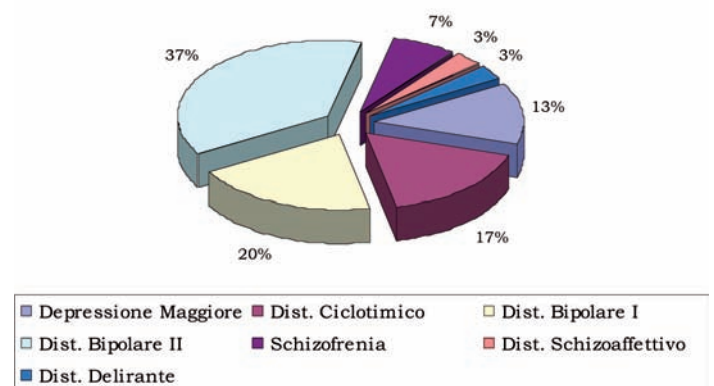


Fig. 4 - Terapia per la dipendenza da eroina

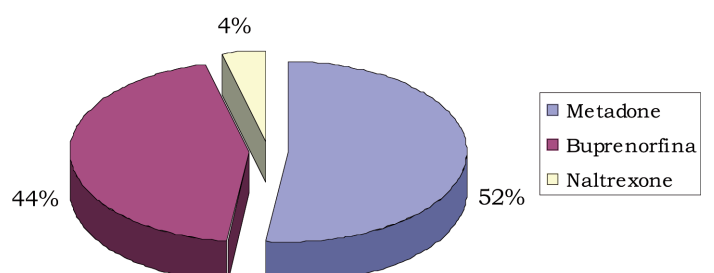


Fig. 5 - Olanzapina e uso di sostanze (analisi alla SDS dopo 6 mesi di terapia)

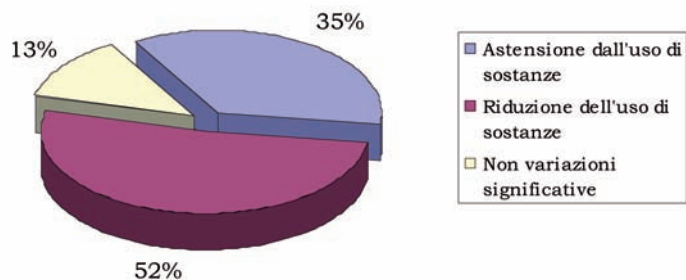


Fig. 6 - Olanzapina e patologia psichiatrica (analisi alla CGI-Severity dopo 6 mesi di terapia)

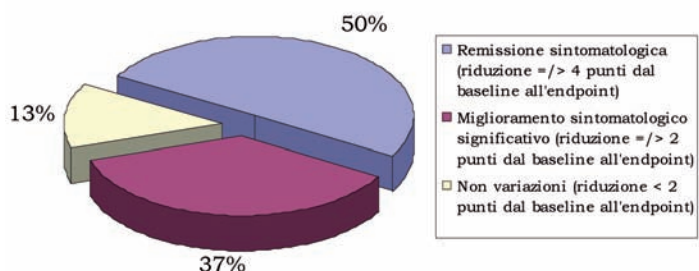
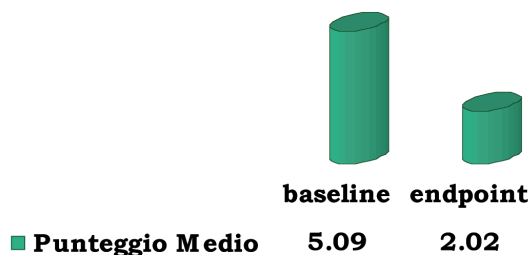


Fig. 7 - CGI-Severity Variazione media dei punteggi (endpoint dopo 6 mesi di terapia)



SD-400 (riduzione calcolata sulla base di non più di 2 positività al mese);

- la riduzione sintomatologica o la remissione totale della patologia psichiatrica attraverso i controlli psichiatrici sulla base del colloquio clinico secondo il DSM-IV-TR.

Quali ulteriori indicatori di beneficio terapeutico, sono stati utilizzati la percezione soggettiva dei pazienti di un miglioramento della propria qualità di vita (attraverso un colloquio socio-educativo al baseline e dopo 6 mesi di trattamento) e la valutazione oggettiva di comportamenti a rischio, attraverso una verifica delle segnalazioni di passaggi al pronto soccorso di zona per overdose o per tentativi anticonservativi o le carcerazioni dovute a reati recenti per la tossicodipendenza.

Pertanto, in linea con gli obiettivi clinici descritti, dall'analisi complessiva dei dati dopo sei mesi di terapia con olanzapina (valutata sia attraverso il monitoraggio dei cataboliti urinari, il monitoraggio clinico e la ripetizione della scala per la dipendenza Severity Dependence Scale – SDS), si è assistito (figura 5):

- nel 35% dei casi astensione completa dall'uso di sostanze;
- nel 52% dei casi ad una importante riduzione dell'uso di sostanze (riduzione uguale o maggiore del 50% del punteggio al baseline);

- nel 13% dei casi all'assenza di rilevanti modificazioni sintomatologiche (riduzione minore del 50% del punteggio al baseline).

Per quanto concerne l'efficacia del farmaco sulla sintomatologia psicopatologica (figura 6), l'analisi della CGI-Severity (rispetto alla gravità della malattia: punteggio medio iniziale pari a 5.9 e punteggio medio finale pari a 2.2) (figura 7) e la valutazione clinica dopo 6 mesi di trattamento con olanzapina hanno permesso di evidenziare che:

- in 15 soggetti (50% dei casi) si è assistito ad una remissione sintomatologica (riduzione maggiore/uguale a 4 punti al punteggio CGI-S dal baseline all'endpoint);
- in 11 soggetti (37% dei casi) si è assistito ad un miglioramento sintomatologico significativo (riduzione maggiore/uguale a 2 punti e inferiore a 4 punti al punteggio CGI-S dal baseline all'endpoint);
- in 4 soggetti (13% dei casi) non si sono osservate variazioni clinicamente significative (riduzione inferiore a 2 punti al punteggio CGI-S dal baseline all'endpoint).

Per tutti i pazienti, al fine di verificare l'uso di sostanze d'abuso, sono stati attuati controlli dei cataboliti urinari (con cadenza bisettimanale) e laddove non è stato possibile al termine dei 6 mesi si è proceduto all'esame del capello per la determinazione di sostanze stupefacenti.

È opportuno sottolineare che per tutti i pazienti è in corso una valutazione più approfondita circa la collateralità legata all'olanzapina (attraverso il monitoraggio di parametri quali la variazione di peso, i tassi glicemici basali e l'interferenza a livello della sfera sessuale) e circa la collateralità dovuta all'interazione con le altre terapie impiegate (farmaci sostitutivi e anticraving, altri farmaci psicotropi), che d'altra parte già ad una prima analisi (dopo 6 mesi di terapia) non pare costituire particolare problematicità e che nel corso dello studio non ha mai costituito causa di interruzione di terapia.

Considerazioni conclusive

La caratteristica del presente studio clinico osservazionale pone l'accento sull'importanza che l'olanzapina, antipsicotico atipico, può avere nell'ambito della Patologia delle Dipendenze.

Nello specifico, l'utilizzo di olanzapina è indicato per il trattamento delle patologie schizofreniche e maniacali anche quando in comorbidità con Disturbi da Uso di Sostanze. Il farmaco consente di porre valide alternative terapeutiche per i quadri psicopatologici più sfumati per i quali non è sufficiente una terapia anticraving o sostitutiva con le comuni terapie per la tossicodipendenza.

D'altra parte, in alcuni casi l'olanzapina, che al momento registra l'indicazione per la Schizofrenia, la Mania e nel Mantenimento del Disturbo bipolare quando il paziente abbia beneficiato del farmaco in fase acuta, si pone come valido trattamento anche nei quadri di comorbidità con abuso e dipendenza da sostanze. Al di fuori delle indicazioni, è interessante rilevare un possibile utilizzo del farmaco in casi ove presente una sintomatologia psicopatologica specifica (quali per esempio l'impulsività e l'aggressività), in assenza di controindicazioni al concomitante utilizzo di metadone e di buprenorfina.

L'utilizzo di olanzapina nella medicina delle dipendenze determina in tal modo una maggiore compliance terapeutica e in definitiva una prognosi più favorevole. D'altra parte è importante sottolineare come le evidenze cliniche descritte nel presente

lavoro necessitano di ulteriori conferme e ricerche specifiche di approfondimento, in particolare per quanto concerne la precisa valutazione degli elementi di collateralità farmacologica complessiva, riferita sia ai trattamenti sostitutivi (metadone e buprenorfina) che al trattamento con olanzapina.

In tal senso, il gruppo di lavoro sta procedendo all'ulteriore valutazione della collateralità generale, soffermandosi in modo specifico sulla interferenza che tali farmaci hanno sulla sfera sessuale, in quanto la pratica clinica molto spesso evidenzia come soprattutto tale collateralità sia responsabile, qualora non sufficientemente considerata, degli esiti di drop out o della assunzione terapeutica non corretta.

Bibliografia

Adityanjee & S.C. Schulz, "Clinical use of quetiapine in disease states other than schizophrenia", *J Clin Psychiatry*, 63(13): 35-42, 2002.

American Psychiatric Association, "DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", Washington D.C. (2000), Masson, Milano, 2005.

Bignamini E. e coll., *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica*, Editeam, 2002.

Brady K.T., Sinha R., "Co-occurring mental and substance disorders: the neurobiological effects of chronic stress"; *Am J Psychiatry*, 162, 2005.

Brown E.S. e coll., "Quetiapine in bipolar disorder and cocaina dependence", *Bipolar Disorders*, 4, 2002.

Buckley P.F., "Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness", *J Clin Psychiatry*, 67 (suppl. 7: 5-9), 2006.

Carretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

Cassano G.B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 2000.

Charney D.A. e coll., "Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders", *J Clin Psychiatry*, 62: 672-677, 2001.

Chaudhry H.R. e coll., "The comparative effects of olanzapine and chlorpromazine in the detoxification of heroin dependents", *European Neuropsychopharm* 12 (suppl. 3): S390, 2002.

Clerici M. e coll., "La comorbidità per uso di sostanze nei disturbi psicotici e nella schizofrenia", *Noos, Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 6, n. 2, pp. 133-156; aprile-giugno 2000.

Coelho R. e coll., "Depression and the severity of substance abuse", *Psychopathology*, 33(3): 103-9, 2000.

Conley R.R. e coll., "Olanzapine response in treatment-refractory schizophrenic patients with a history of substance abuse", *Schizophrenia Research* 7, 33 (1-2): 95-101, 1998.

Frustaci A. & Pozzi G. (a cura di), *Programma nazionale di valutazione della comorbidità psichiatrica e della risposta della rete dei servizi di assistenza*, Roma, 2004.

Frustaci A. e coll., "La valutazione multidimensionale del tossicodipendente con doppia diagnosi: problemi metodologici e strumenti di valutazione", *Dipendenze Patologiche*, vol. 1, n. 3, pp. 65-70, settembre-dicembre 2006.

Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.

Goodman & Gilman, *Le basi farmacologiche della Terapia*, McGraw-Hill, Milano, 2003.

Green A., "Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics", *J Clin Psychiatry*, 66 (suppl. 6): 21-26, 2005.

Green A. e coll., "First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol", *Schizophr Res* 66 (2-3): 125-135, 2004.

Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A., *Psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

Hutchison K.E. e coll., "Olanzapina reduces urge to drink after drinking cues and a priming dose of alcohol", *Psychopharmacol*, 155: 27-34, 2001.

Kampman K. e coll., "A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence", *Drug Alcohol Dependence* 70: 265-273, 2003.

Kaplan & Sadock's, *Farmaci in psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

Littrell K. e coll., "Olanzapine treatment in patients with schizophrenia and comorbid substance abuse", *Brit Med J*, 324 (7331): 190, 2002.

Longo L.P., "Olanzapine for cocaine craving and relapse prevention in 2 patients", *J Clin Psychiatry*, 63: 595-596, 2002.

Lubman D. e coll., "Substance misuse in patients with schizophrenia: a primary care guide", *Med J Aust* 178 (5): S71-S75, 2003.

Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.

Manzato E. e coll., "Gli esami di laboratorio nell'assessment di disturbi correlati a sostanze psicoattive in soggetti con comorbidità psichiatrica", *Mission*, anno V-IV trimestre, 20/2006.

Maremmani I. e coll., "Mantenimento metadonico. Dosaggio di stabilizzazione in pazienti con comorbidità psichiatrica", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, anno XXII, 1999.

Maremmani I. e coll., "Tossicodipendenza e comorbidità per disturbi dell'umore", *Noos, Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 6, n. 2, pp. 111-132, aprile-giugno 2000.

McCabe J.H. e coll., "Olanzapina treatment for patients with schizophrenia and cocaina abuse", *J Clin Psychiatry*, 63: 12, 2002.

Milesi A., Clerici M., "Conclusioni. Il paziente in doppia diagnosi. Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale", *Noos, Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 6, n. 2, pp. 179-185, aprile-giugno 2000.

Nava F., *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2004.

Pancheri P. (a cura di), *Farmacoterapia psichiatrica*, Masson, Milano, 2003.

Potvin S. e coll., "Clozapine, quetiapine and olanzapine among addicted schizophrenic patients: towards testable hypotheses", *Int Cl Psychopharmacology*, 18: 121-132, 2003.

Sayers S.L. e coll., "Cocaine abuse in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol", *J Nerv Ment Dis*, 193: 379-386, 2005.

Sattar S.P., Bhatia S.C., "Olanzapine for cocaine craving and relapse prevention", *J Clin Psychiatry*, 64, 2003.

Sattar S.P. e coll., "Potential use of olanzapina in treatment of substance dependence disorders", *J Clin Psychopharmacol*, 23: 413-415, 2003.

Schatzberg A.F. & Nemeroff C.B., *Psicofarmacologia*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2005.

Smelson D.A. e coll., "The efficacy of olanzapina for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence: a preliminary report", *J Clin Psychopharmacol*, 26(1): 9-12, 2006.

Vieta E., Goikolea J.M., "Atypical antipsychotic: newer options for mania and maintenance therapy", *Bipolar Disorders*, 7 (suppl. 4): 21-33, 2005.

Olanzapina e doppia diagnosi: casi clinici

G. Di Petta¹, V. D'Auria², A.L. Caccia³, A. Valdevit*, A. Di Cintio*, S. Di Giovanni*,
G. Trojano*, A. Cangiano*, S. Curciotti*, M. Di Pasquale⁴, T. Pandolfi**, L. De Gregorio***

SUMMARY

■ *This cases report underlies the olanzapine efficacy and its security in long-term treatment of dual diagnosis. The first case was treated from tree years, the second from two years, the third from one year. All cases were affected by psychotic disorder. The first case was cocaine addict, the second case was heroin addict, the third case was THC addict. The first case and the second case were treated by daily care, the second case with ambulatory care. In the first case we had no weigh increase. In the other cases we had a little weigh increase. All cases demonstred good compliance to olanzapine treatment. In the second case olanzapine was associated to buprenorphine and to mood stabilizer, without significant side effect. ■*

Keywords: *atypic antipsychotics, long term treatment of dual diagnosis.*

Parole chiave: *antipsicotici atipici, trattamenti a lungo termine della doppia diagnosi.*

Introduzione

L'UO di comorbilità psichiatrica dell'ASL Napoli 3 "Giano" funziona in maniera bimodale e cioè tramite l'erogazione di servizi ambulatoriali e diurni ad utenti tossicodipendenti affetti da disturbi psichiatrici, provenienti dal bacino di competenza territoriale e spesso anche da ASL limitrofe. Il secondo caso presentato in questo lavoro, infatti, proviene dall'ASL Napoli 2.

L'approccio seguito si fonda sulla psicopatologia fenomenologica. L'èquipe curante è strutturata come un gruppo di contatto e di aggancio molto informale, in prevalenza costituito da personale giovane, motivato, in maggioranza borsisti e volontari, che cercano l'incontro a tutti i costi con i pazienti sul piano della messa in gioco di se stessi in prima persona. L'approccio farmacologico ha privilegiato una linea non aggressiva, rispettosa della sintomatologia, che consenta alla relazione tra utente ed èquipe di instaurarsi anche in presenza prolungata di una moderata sintomatologia. Si è cercato di evitare l'effetto da "vuoto" che si ottiene con la potatura drastica della sintomatologia da

prescrizione massiva di neurolettici, spesso tipici in associazione, con lo scopo effimero, qualora raggiunto, di un compenso rapido che poi si rivela fittizio. È noto che anche la sintomatologia produttiva per il paziente psicotico riveste il significato di una identità, spesso l'ultima rimasta o l'unica possibile, scardinata la quale non c'è più niente. Quando questa condizione si verifica in un tossicomane, il cratere lasciato vuoto dal delirio viene riempito dalla sostanza, grazie alla quale poi si reinnesta la produzione delirante.

I casi descritti mettono in evidenza il profilo di sicurezza di un farmaco neurolettico atipico, l'olanzapina, nel trattamento a lungo termine della comorbilità psichiatrica dei tossicomani.

Si tratta, qui, di pazienti seguiti da un tempo sufficientemente lungo, il primo da tre anni, il secondo da due, il terzo da oltre un anno. Il primo e il terzo sono stati presi in carico con modalità diurna, il secondo con modalità ambulatoriale. Nel primo caso non si è verificato alcun incremento ponderale. Nel secondo caso e nel terzo l'incremento è stato lieve. Tutti hanno manifestato ottima compliance all'olanzapina. Nel secondo caso l'olanzapina è stata utilizzata in concomitanza ad uno stabilizzatore dell'umore e alla terapia sostitutiva con buprenorfina, senza creare alcuna interferenza.

L'esperienza di questi anni ci ha portato ad alcune scelte di campo. La prima è neurolettici atipici piuttosto che tipici. La seconda è una notevole frequenza di prescrizioni caratterizzate da neurolettici atipici, stabilizzatori, antidepressivi tutti a dosaggio sostenuto.

La possibilità di impiego degli atipici in questo ambito consente notevoli vantaggi. Innanzitutto la riduzione o scomparsa di effet-

¹ Dirigente Medico, Neuropsichiatra, Responsabile.

² Dirigente Medico, Coordinatore Area Dipendenze ASL NA 3.

³ Ass. Sociale UO Ser.T. DSB 65.

⁴ Infermiera professionale, UO "Giano".

* Psicologo.

** Educatore.

*** Operatore volontario.

UO Speciale comorbilità psichiatrica, centro diurno "Giano", area dipendenze patologiche ASL NA 3.

NL atipici (olanzapina-risperidone)

- 1 - Prevenzione dell'esordio psicotico
(in presenza di sintomi di base rilevati dall'FBF);
- 2 - Trattamento dell'acuzie;
- 3 - Stabilizzazione-mantenimento;
- 4 - Prevenzione recidive;
- 5 - Contrasto sui sintomi negativi;
- 6 - Facilitazione della relazione;
- 7 - Nessuna azione dipendentigena;
- 8 - Ridotto o nullo (olanzapina) utilizzo di anticolinergici "correttori".

ti extrapiramidali, poi la sedazione più circoscritta, ed infine un effetto sul tono dell'umore. Nel caso dell'olanzapina, poi, si è notato un notevole effetto anticraving nei confronti della cocaina. Questi elementi non sono secondari. La gradevolezza del farmaco condiziona la compliance, quindi la lunghezza e la tenuta del trattamento, il che significa la riuscita nell'effetto. Il tossicomane, in particolare, è persona che decide più o meno subito se una cosa gli fa effetto o no, che cosa gli fa effetto e che cosa no. Gli atipici utilizzati in questi anni sono fondamentalmente tre: olanzapina, risperidone e quetiapina. L'olanzapina è stata utilizzata fino a 20 mg al dì, senza effetti collaterali. Da questo punto di vista il farmaco presenta un profilo di estrema tollerabilità. Anche in associazione con la terapia sostitutiva. L'olanzapina è stata utilizzata per la sedazione in acuto, 1 fl di olanzapina im ha messo il paziente in condizioni di maggiore comunicabilità. L'impiego più estensivo dell'olanzapina è quello fatto con i cocainomani con screscio psicotico o con disturbi dell'umore, e qui ha dimostrato una straordinaria capacità di lavorare contemporaneamente sul tono dell'umore e sui disturbi del pensiero e percettivi, riducendo notevolmente anche il craving per la cocaina. Sul medio termine soprattutto a dosaggio pieno in alcuni soggetti, ma non in tutti, è sensibile l'incremento ponderale. Va anche detto che sul lungo termine tale incremento tende a stabilizzarsi e, se un paziente riesce ad attuare una corretta igiene alimentare, può riprendere anche il controllo sul peso. È notevole il profilo di azione e di efficacia del farmaco sugli aspetti aggressivi connessi sia alle situazioni borderline che a quelle psicotiche nel tossicomani. Ovvero anche in situazioni prepsicotiche o psicotiche non conclamate, in situazioni depressive molto impegnative, in casi di ossessività particolarmente pervasiva.

NL tipici

In casi specifici trova ancora un senso l'utilizzo del depot ogni 10-15-21-30 giorni, a volta in associazione all'olanzapina, laddove nonostante il miglioramento del tono dell'umore e la stabilizzazione delle condizioni generali permangono disturbanti sintomi produttivi come dispercezioni allucinatorie uditive o idee deliranti paranoiche.

Case report

Caso 1

G.R., 38 a., napoletano, licenza media, settimo figlio di nove, pescatore come professione in Abruzzo. Problemi con la giustizia per rapina, furto e detenzione di hashish. Attualmente in prova presso i Servizi Sociali per una condanna di pericolosità sociale per danneggiamento (incendio) di una caserma, di un carcere e resistenza a pubblico ufficiale, reati avvenuti nel 2003. Ha scontato un periodo di pena di un anno e nove mesi presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa. Tutto ciò accade, dall'anamnesi ricavata, a causa di una intossicazione di sostanze quali cocaina, LSD ed ecstasy di cui abusava abitualmente. Dalla ricostruzione dei fatti avvenuta durante la valutazione psichiatrica, psicologica e sociale e per tutto il periodo in affidamento presso il ns Servizio, il paziente in stato delirante e allucinatorio acuto si è scontrato con le forze dell'ordine abruzzesi, venendo fermato. A seguito dell'incendio appiccato alla cella della caserma dove era stato condotto e al carcere dove era stato destinato, in evidente stato confusionale, è stato tradotto presso l'OPG di Aversa. Giunge al nostro Centro il 28/06/2005 in affidamento e da allora partecipa alle attività riabilitative, rifiuta di intraprendere dei colloqui psicologici di sostegno, prende parte alle terapie di gruppo, accetta e assume con costanza una terapia farmacologica (olanzapina 20 mg/die). L'FBF mostra un punteggio di 44/98. Aree maggiormente critiche sono: la perdita del controllo 6/8; il linguaggio 5/10; la memoria 6/10; la sovrabbondanza di stimoli. Dopo un anno di trattamento, il giudice previa ns relazione, ritiene che il paziente possa frequentare il Centro due giorni alla settimana, e nei rimanenti lavorare. Il paziente si aspettava la libertà, smette di partecipare attivamente alle attività per frequentare il centro passivamente ma senza risultare oppositivo, anzi, se chiamato prende parte ed aiuta, altrimenti passa il tempo a leggere il giornale. Parla volentieri ma non di sé, mostrandosi piuttosto riservato. Da punto di vista nosografico il paziente, affetto da un disturbo paranoide di personalità, era eploso in una psicosi paranoica, con allucinazioni a contenuto terrifico e delirio mistico-demonologico, sotto l'effetto della cocaina. Non si è mai troppo riconosciuto né negli utenti con psicosi manifesta, né in quelli con tossicomania manifesta. L'OPG ha lasciato su di lui pesanti tracce di esclusione. Il rifiuto a proseguire le terapie psicologiche individuali a causa della pregressa esperienza terapeutica presso l'OPG, valutata come inutile, inefficace e insoddisfacente, oltre che frustrante, sviluppando sentimenti di avversione verso queste figure, è una di queste tracce. L'aggressività è tenuta perfettamente sotto controllo. Gli episodi passati di insonnia e angoscia debilitante non si sono più presentati. Lavora come giornalista, desiderando tornare a svolgere la passata attività di pescatore. Frequenta due volte la settimana il Centro per la durata della mattinata, tornando alla propria abitazione per pranzare con la famiglia, a cui pare essere molto legato.

Estratto del I Colloquio con il Caso 1

Gli chiedo di descrivermi la sua storia tossicomana e racconta di aver iniziato a 17 anni a far uso di cannabinoidi (nell'87) e a 25, spinto da "curiosità... dalla compagnia" e dalla ricerca di sensazioni attese di benessere e forza ha provato la cocaina fino a consumarne in media 4-5 grammi al giorno, fino a quantità di

10 grammi. Conseguentemente si sentiva sempre meno deciso e disposto a lavorare e avvertiva, dopo circa due anni di uso, dei problemi psicologici che venivano calmati solo con l'assunzione, mentre si esasperavano con l'astinenza, relativi a "manie di grandezza, paranoie e voci". Le esperienze paranoiche riguardavano l'intrusione in casa di ladri o poliziotti, la visione di luci e flash delle auto della polizia, paura di essere percosso. Le voci che avvertiva provenienti dall'esterno e non riconducibili a niente di conosciuto gli indicavano/ordinavano di suicidarsi per "purificarsi... perché cattivo". A proposito della carriera/esperienza delinquenziale passata, è stato arrestato tre volte. L'ultimo arresto, quello presente, è scattato a causa di una sua lite con dei carabinieri e dei danni alla caserma, in stato confusionale ed allucinato ("vedevo mostri e diavoli che mi imponevano di purificare tutto con il fuoco"); in carcere in delirio allucinatorio aveva dato fuoco a diverse celle, avendo ricevuto l'*ordine* da dei "demoni per purificarsi" e di non preoccuparsi per eventuali danni perché lui era "onnipotente" e non ne avrebbe ricevuti.

Caso 2

S.S., 24 a., studente universitario di psicologia, primo di 2 figli provenienti da famiglia medio agiata (padre libero professionista, madre casalinga), in passato ha abusato inizialmente di cannabinoidi, successivamente di eroina fumata (kobrett) passando dopo una settimana alla via endovenosa, sostanza assunta assieme alla cocaina, per un periodo di circa 2 anni. Autonomamente ha raggiunto 5 mesi in astinenza, senza alcun supporto farmacologico né psicologico, ricadendo nell'uso per via iniettiva di eroina, fino all'arrivo presso il nostro Centro, spinto dai genitori, partecipativi ma nel contempo accidentati e invadenti. All'accoglienza il paziente presenta clinicamente uno stato caratterizzato da ritiro dalla vita sociale e sensazioni di inferiorità e di vuoto interiore, tono dell'umore fortemente depresso, abulico, apatico, manifesta continuamente ideazioni di fallimento e rovina rispetto al suo futuro, sia lavorativo che da studente che soprattutto relazionale, che adduce al trauma per un'operazione in età adolescenziale di ginecomastia e ideazioni di impotenza sessuale, derivata da preoccupazioni sulla performance. Dalla somministrazione del Questionario dei Sintomi di Base FBF emerge un quadro critico a livello del pensiero, perdita del controllo e degli automatismi, oltre a depressività, memoria e linguaggio. Si stabilizza con *buprenorfina* 24 mg/die da 2 anni, *carbonato di litio* 900 mg/die e *olanzapina*, oscillando dai 15 mg/die. Ha frequentato inizialmente il Centro Diurno ma partecipando con poco entusiasmo, non riconoscendosi nelle problematiche della gran parte degli altri pazienti, il tutto amplificato dall'accesso al Servizio di una ragazza con cui in passato aveva condiviso per un periodo di diversi mesi le condotte tossicomane. Preferisce allora continuare a cadenza settimanale i colloqui psicologici. Questi sono vissuti con grande partecipazione, un momento a cui difficilmente manca, partecipando con costanza. Le tematiche che emergono sono di natura più varia, incentrate però prevalentemente sul disagio relazionale e sull'instabilità del tono dell'umore, prevalentemente distimico. Dopo due anni il paziente mostra grandi capacità di analisi interiore, ha ripreso gli studi con buoni profitti, tornato a lavorare part-time come

cameriere su un lido, ha ripreso le attività sociali, è tornato a guidare. Tranne un episodio in cui ha tentato di iniettarsi la *buprenorfina* per via endovenosa, i comportamenti tossicomane sono scomparsi, se non per l'uso sociale di cannabinoidi, le ideazioni di inferiorità sono parzialmente rientrate, a volte afferma anche che scompaiono, le sensazioni di rovina si sono estinte. La terapia sostitutiva è stata ridotta con molta pazienza a 12 mg/die di *buprenorfina*, il *carbonato di litio* a 600 mg/die, l'*olanzapina* a 10 mg/die. Non si è verificato significativo incremento ponderale.

Caso 3

G.C., è un ragazzo di a. 23, scolarità terza media, ultima occupazione piastrellista, quarto figlio, unico maschio, dopo tre sorelle, tutte sposate. Ha abusato di cannabinoidi in grossa quantità, fin da adolescente, dichiarando di bagnarli anche nella cocaina. Giorgio, a detta dei familiari, *non ci stà con la testa, preferisce parlare con il cane, mette l'acqua nel posacere, non parla con loro (i familiari), pensa sempre ai soldi*. La famiglia, di impostazione rigida, all'antica, di derivazione contadina è fondata sul rispetto patriarcale, sulla solidarietà e sul sostegno reciproco. Abita nell'hinterland in una palazzina su due piani. Vive con i genitori che lavorano tutto il giorno. Il padre come stuccatore, la madre, invece, insieme con una zia, gestisce un piccolo forno a legna. *"Abito, risponde secco e senza remore, nella reggia di Caserta"*. Aggiungendo, pochi frangenti dopo di *"essere il Re"*. Preso e risucchiato nel suo delirio alla domanda, posta molto delicatamente: *"Tua madre, c'è nella reggia?"*. *"Mia madre... – si mostra titubante, esita un po' – "Mia madre è una regina"*. Nei quindici giorni che precedono la presa in carico di Giorgio al centro diurno "Giano", precisamente, i familiari hanno visibilmente colto e sentito che "qualcosa era cambiato", la madre, confessa che, percependolo come *indemoniato*, camminava in casa armata di una forbice da sarta, che portava nel grembiule, minacciando il ragazzo di "appizzaglierla in testa", controbattendo così alle continue crisi a carattere rabbioso del ragazzo, con un tono di minaccia alle continue richieste da parte di Giorgio di voler *uscire da casa*. A detta della signora, diventava irricognoscibile, *"su piccole scemenze che vede storto"*, s'irrigidiva su se stesso, forte della sua stazza e della sua corporatura robusta, avvisava i familiari in modo secco e perentorio di *"non oltrepassare i suoi limiti personali"* divenuti ormai intollerabili, imposti in quei giorni da un livello insopportabile di psicotizzazione. La madre racconta – in alcuni giorni successivi alla presa in carico – che diventava inavvicinabile, soprattutto fuori dalle mura domestiche, *"portandolo in giro voleva picchiare tutti"*, bastava che per sbaglio i passanti trovassero nella traiettoria del suo campo visivo, che lo *interpretava* come se volessero sfidarlo e aggredirlo. Rivolgendosi a tali persone, con aria rabbiosa *"mi vuoi vattere?"* (mi vuoi picchiare?), *"viene sotto"*. Quindici giorni non ha dormito proprio, continuava a dire stramberie, *"prosegue la madre "parla con la tigre, con il lupo, comunica con la tv"*. Da circa una settimana il paziente è stato visto perplesso, con ideazione persecutoria, delirante mistico. È presente un delirio genealogico con allucinazioni zoopatiche, zooptiche e zooptiche. Viene prescritta olanzapina a 20 mg/die. Viene immesso al Centro diurno. A poco a poco G. migliora complessivamente. Ci sono ancora momenti di crisi

della lucidità. Ancora sopravvivono, tuttavia, elementi francamente dispercettivi. Prende parte con noi ad escursioni settimanali. Il suo rapporto con la realtà è migliorato, tuttavia il mondo delirante allucinatorio è come incistato. Nel senso che Giorgio, a tratti, lo recupera. Tuttavia ora lo esplicita con tutti. Come se facesse parte di una realtà più allargata, più ordinaria e condivisibile, meno segreta e misterica. Ogni notte ritiene di avere un incontro con il diavolo, contro il quale lotta furiosamente. Ritiene di essere nato nella reggia di Caserta, e di essere stato poi esiliato da lì. Pertanto è un re, e questa regalità traspare dal suo sguardo solenne, maestoso, sereno come di chi detiene un potere assoluto che nessuno può minacciare. Viene spesso al Centro vestito con t-shirt recanti immagini di animali. Anche l'acconciatura dei capelli richiama, secondo lui, una cresta, delle orecchie. Si sente un lupo. Colloca gli animali in alcuni arti, c'è un'osmosi quasi completa tra il suo corpo e gli animali. Ad un certo punto, tuttavia, il "giardino zoologico" impiantato nel suo corpo muta di segno. Le fiere non sono più aggressive e violente, temibili, ma socievoli, domestiche, amiche. Non sono più localizzate dentro o sulle superfici del suo corpo ma nel mondo esterno, ad una certa distanza. Iniziano cioè a scollarsi dalla corporeità vissuta, per guadagnare lo spazio esterno e divenire, così, estranee. Giorgio, talvolta, assume anche posture quasi di morfologia licanthropica. Durante i gruppi partecipa passivamente, alla domanda rituale di come va con gli animali risponde che ci sono sempre, ma che va meglio. Durante un gruppo piange, la sua emotività coartata e congelata inizia a sciogliersi. Ritiene di essere il principe dell'universo, il nipote di Totò, il nipote di Caruso. Il *primogenito di Dio*. Dio, che irrompe durante la notte dalle tre alle sei, lo rasserena, dopo che da mezzanotte alle tre combatte con il Diavolo. Gli animali sono testimoni e artefici di questa lotta che avviene, ormai da quando è fanciullo. Ad un certo punto la permanenza di contenuti deliranti incistati suggerisce la prescrizione di aloperidolo, 2 mg. Ma il paziente non lo tollera. Viene ridotto a meno di un milligrammo. Durante il mese di agosto si ha la pausa estiva di tre settimane. Il paziente continua la terapia.

"Quando ero piccolo giocavo nella reggia, ho avuto le convulsioni, sono stato salvato dagli animali, dalla tigre, dal lupo, dalla pantera" (seconda tematica a carattere delirante somatizzato). Questi animali, prosegue, lo hanno morso in determinati punti del corpo, la tigre al polpaccio destro, il lupo al bicipide del braccio sinistro, il puma lo graffiava all'altro polpaccio, mentre la "micella nera" lo mordeva all'altro braccio. È come se gli animali di Giorgio fossero la sua parte vitale. A settembre è lucido, congruo, presenta ancora comportamento piuttosto apatico e sonnolento a casa. La terapia viene ridotta a mezza cp di olanzapina la sera. Il 29 dicembre al controllo riferisce la sospensione della terapia. "Stanno uccidendo tutti i lupi", confessa con un'aria triste e cupa, un giorno, i lupi che lo hanno cresciuto e nutrito, i lupi che *ambivalentemente* lo afferrano e lo mordono, i lupi

che gli hanno conferito super-poteri sugli umani sconosciuti, i lupi che la notte gli fanno compagnia per resistere accanto a lui agli attacchi del diavolo. Il paziente, nel tempo, si è sganciato dal Centro Diurno ed è tornato alla sua vita di sempre. Non ha più usato sostanze né assunto farmaci.

Conclusioni

I casi illustrati presentano un notevole interesse per almeno tre motivi.

1. Si tratta di tre configurazioni cliniche diverse. Il caso 1 è una paranoia classica, slatentizzata dalla cocaina. Il caso 2 è una condizione mista, di tipo schizoaffettivo, a bassa intensità, ma con un livello di sofferenza notevole che sostiene l'uso della sostanza e il disadattamento sociale progressivo. La sostanza incriminata in questo caso è l'eroina. Il caso 3 è estremamente interessante prima di tutto perché la sostanza d'abuso primaria sono i cannabinoidi, e poi perché il delirio presentato è di tipo dermatozoico, zoopatico e zooaptico, non di ordinario reperimento in psichiatria (S. di Ekblom o di Morgellons).
2. In tutti e tre i casi l'utilizzo di olanzapina, associato allo strutturarsi di una relazione calda, empatica, accogliente, volta all'abolizione della distanza tra operatore ed utente, ma al tempo stesso rispettosa della libertà di movimento dell'utente e della sua decisionalità in ambito terapeutico, ha mostrato di ottenere un'ottima *compliance* anche sulla lunga durata, favorendo la ritenzione in trattamento ed un soddisfacente grado di compenso clinico.
3. Non si sono verificati, in tutto il periodo di trattamento, alterazioni significative dei parametri ematochimici. Non si sono verificati effetti indesiderati o interazioni tra l'olanzapina e gli altri farmaci utilizzati, in particolare la buprenorfina. Questo è incoraggiante, vista la ancora scarsa evidenza in letteratura di trattamenti combinati tra olanzapina e sostitutivi degli oppiacei.

Cosa sarebbe stato del destino clinico, giudiziario ed esistenziale di queste tre persone se non avessero incontrato, sul loro percorso, una équipe formata alla presa in carico integrata della loro problematica al confine tra tossicodipendenza e psicopatologia? Questo è l'interrogativo, di etica e deontologia professionale, che oggi deve aiutarci a riformulare la nostra professionalità di operatori delle dipendenze, aprendoci alla prospettiva della psicopatologia e della psicofarmacoterapia, che sono da reinterpretare sulla base della nostra esperienza specifica maturata in anni di lavoro sul fronte dell'Addiction. Nessuna psichiatria ha senso se viene calata semplicisticamente dall'alto e se non tiene presente il ruolo estremamente dinamico e psicoplastico giocato dalle sostanze sull'essere-nel-mondo del paziente in quanto persona e sulla sua struttura psico-comportamentale in particolare.

Statuto di FeDerSerD approvato a Milano il 5 giugno 2007 dalla Assemblea Generale della Federazione con voto unanime, al termine dei lavori degli Stati Generali.

STATUTO DELLA FEDERAZIONE

ART. 1 NOME

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

ART. 2 SEDE

La Federazione ha sede legale in Milano, Via Giotto n. 3. La Federazione ha sedi periferiche regionali o sovragionali, come deliberato dal Consiglio e ratificato in Assemblea.

ART. 3 SCOPO

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

Sono compiti della Federazione:

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

ART. 4 COMPONENTI DELLA FEDERAZIONE

4.1 Tipologia dei Soci

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

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

4.2 Socio Ordinario

Operatori direttamente impegnati nell'assistenza ai dipendenti da sostanze o da comportamenti additivi, pubblici o privati, nonché studiosi della materia,

purché residenti in Italia, possono diventare Socio Ordinario.

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

Tutti i Soci Ordinari possono ricoprire cariche della Federazione.

4.3 Socio Onorario

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

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

4.4 Socio Sostenitore

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

ART. 5 PATTI FEDERATIVI

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

ART. 6 QUOTE DI ISCRIZIONE

Il Consiglio stabilisce l'ammontare delle quote annuali.

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

ART. 7 DURATA DELLA FEDERAZIONE

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

ART. 8 CONGRESSI

a) Congresso Nazionale

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

b) Riunioni ed altre attività congressuali

La Federazione può tenere Simposi, Congressi e Convegni.

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

ART. 9 ATTIVITÀ EDITORIALE

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

ART. 10 VOTAZIONI

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

ART. 11 ORGANI DELLA FEDERAZIONE

Sono organi della Federazione:

- a) L'Assemblea dei soci.
- b) Il Consiglio Direttivo.
- c) Il Presidente.
- d) Il Vice Presidente.
- e) Il Segretario Esecutivo.
- f) Il Tesoriere.
- g) Il Comitato Scientifico.
- h) Il Collegio di Garanzia.
- i) L'Ufficio di Presidenza.

ART. 12 L'ASSEMBLEA DEI SOCI

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

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

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

12.4 Ogni socio ha il diritto di voto per l'approvazione e le modifiche dello statuto e dei regolamenti e per la nomina degli organi direttivi della Federazione. Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti dei presenti e con la presenza di almeno la metà degli aventi diritto al voto. In seconda convocazione la deliberazione è assunta validamente a maggioranza, qualunque sia il numero degli intervenuti. Per le deliberazioni concernenti lo scioglimento della Federazione, la devoluzione del patrimonio, occorrerà, sia in prima che in seconda convocazione, il voto favorevole della maggioranza di tutti i soci.

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

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

ART. 13 CONSIGLIO DIRETTIVO

La Federazione è retta ed amministrata dal Consiglio Direttivo, composto da un massimo di 32 membri, compresi il Presidente, Vicepresidente e Segretario Esecutivo, proclamati dalla assemblea ai sensi del regolamento elettorale approvato in assemblea. Durano in carica tre anni e possono essere rieletti.

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

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

Il Consiglio Direttivo è convocato con la stessa modalità della Assemblea ed i lavori dello stesso potranno svolgersi anche con modalità telematiche. Per la validità delle deliberazioni è richiesta la presenza di almeno la metà dei consiglieri.

Le riunioni sono presiedute dal Presidente o in caso di suo impedimento dal Vice Presidente. Le deliberazioni sono prese a maggioranza. In caso di parità prevale il voto di chi presiede la riunione. Delle deliberazioni del Consiglio Direttivo viene redatto verbale, firmato dal Presidente e dal Segretario Esecutivo.

Tre assenze ingiustificate consecutive sono considerate dimissioni dal Consiglio Direttivo. In caso di posti vacanti il direttivo può proporre dei candidati con ratifica della Assemblea.

ART. 14 PRESIDENTE

14.1 Il Presidente è il legale rappresentante della Federazione nei confronti di terzi ed in giudizio. Viene proclamato dalla Assemblea ai sensi del regolamento elettorale, dura in carica tre anni, e non può essere rieletto più di due volte consecutivamente. Presiede le Assemblee e le riunioni del Consiglio Direttivo della Federazione. È responsabile dell'applicazione delle direttive dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo. Assolve le funzioni di coordinatore dei lavori della Federazione. Nomina l'Ufficio di presidenza. È delegato, in accordo con il segretario esecutivo, sentito l'Ufficio di presidenza, a sottoscrivere ogni atto utile alla gestione straordinaria della Federazione. In caso di impedimento le sue funzioni sono svolte, fino alla fine dell'impedimento o alla elezione di un nuovo Presidente, dal VicePresidente. In caso di sfiducia, motivata, votata e sottoscritta dalla maggioranza dei membri del Consiglio Direttivo, il Presidente decade immediatamente e vengono attivate le procedure previste dal presente statuto e dal regolamento elettorale.

14.2 Presidente Onorario
Presidente Onorario

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

ART. 15 VICEPRESIDENTE

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

ART. 16 SEGRETARIO ESECUTIVO

Il Segretario Esecutivo è responsabile della conduzione economica della Federazione, predisporre per l'approvazione i bilanci preventivo e consuntivo. Coadiuvare il Presidente, in particolare nei compiti previsti negli articoli 4, 12, 13 e 14.

ART. 17 TESORIERE

Il Tesoriere è nominato dal Consiglio su proposta del Presidente individuando persona fisica o soggetti con personalità giuridica. Cura il conto di credito della Federazione.

ART. 18 COMITATO ETICO SCIENTIFICO

È composto dai Coordinatori dei Comitati Tecnici Scientifici regionali delle Federazioni formalmente costituite, e da Esperti del settore (per un massimo di nove), nominati dal Consiglio Direttivo. Prevede un direttore e due responsabili di area, membri del Consiglio Direttivo. Il Comitato Scientifico si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni:

- a) pareri sul programma di attività della Federazione;
 - b) elaborazioni di proposte per lo sviluppo delle attività;
 - c) pronunciarsi su argomenti che gli sono proposti dal Presidente e dal Consiglio Direttivo;
 - d) indirizzare le attività editoriali della Federazione a livello nazionale;
 - e) effettuare una valutazione qualitativa delle attività scientifiche realizzate.
- Inoltre si riunisce quando ricorrono i presupposti di cui all'art. 7.

ART. 19 IL COLLEGIO DI GARANZIA

È composto da tre soci, nominati dal Consiglio Direttivo. È presieduto dal Past President della Federazione. Cura le procedure, di cui all'art. 7, anche per le Federazioni regionali o interregionali. Il Consiglio Direttivo può affidare altri compiti al Collegio di Garanzia con atti specifici.

ART. 20 L'UFFICIO DI PRESIDENZA

È presieduto dal Presidente e composto da Vicepresidente, Segretario Esecutivo, e quattro membri del Consiglio Direttivo scelti dal Presidente. Ha il compito di coadiuvare il Presidente nella gestione della Federazione. Dura in carica per tre anni, ma decade in caso di decadenza del Presidente stesso.

ART. 21 BILANCI

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

ART. 22 AVANZI DI GESTIONE

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

ART. 23 COMMISSIONI E GRUPPI DI LAVORO

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

ART. 24 EMENDAMENTI

Per proposta approvata da almeno la metà più uno dei Soci Ordinari in prima convocazione assembleare e dalla maggioranza degli intervenuti in seconda convocazione assembleare, il presente Statuto può essere emendato in tutto o in parte.

ART. 25 PATRIMONIO

Il patrimonio della Federazione è costituito da:
a) beni immobili e mobili che diverranno proprietà della Federazione;

- b) fondi derivanti da eccedenze di bilancio;
- c) donazioni, legati, lasciti.

ART. 27 PROVENTI

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

- a) quote associative;
- b) redditi dei beni patrimoniali;
- c) erogazioni e contributi di cittadini, enti pubblici e privati, società ed associazioni nel pieno rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla commissione nazionale per la formazione continua;
- d) eventuali entrate per servizi prestati dalla Federazione.

ART. 27 FEDERAZIONI REGIONALI

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

27.1 Soci

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

27.2 Istituti e Cariche

27.2.1 Presidente

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

27.2.2 Segretario

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

27.2.3 Comitato Direttivo

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

27.2.4 Assemblea

È formata da tutti i soci. Viene riunita dal Presidente almeno una volta l'anno. La riunione è valida se è presente la metà dei soci. In seconda convocazione, si procede a maggioranza dei presenti. Elegge il Comitato Direttivo. Approva il bilancio economico e i programmi scientifici e culturali futuri della Federazione regionale.

27.2.5 Comitato Tecnico Scientifico

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

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

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

27.3 Rapporti con la Federazione Nazionale

Per quanto non già previsto dal presente statuto i rapporti tra Federazioni regionali e interregionali e federazione nazionale sono normati da apposito regolamento.

ART. 28 SCIOGLIMENTO

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

ART. 29 RICHIAMI DI LEGGE

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

Comunicato dei presidenti nazionali di FeDerSerD e ERIT-Italia

FeDerSerD ed ERIT Italia ripropongono le basi per una proficua collaborazione e una ricostituita stima.

Alcuni eventi in passato hanno prodotto malintesi, problemi e distacco: ERIT Italia si scusa per avere scritto frasi che volendo semplicemente denunciare alcuni rischi derivati dall'operare come Società Scientifiche nel nostro settore, potevano essere ingiustamente interpretabili come espressione di giudizi lesivi del prestigio di FeDerSerD, con riferimenti impropri sulla trasparenza delle sue iniziative e sul profilo etico della sua attività societaria.

FeDerSerD riconferma che tutte le Società Scientifiche e Professionali, singolarmente e in forma aggregata come Consulta, devono affrontare e regolare chiaramente le questioni societarie che possono dare adito a conflitti di interesse.

Questo rinnovato incontro deve portare ad individuare le disponibilità e le possibilità di operare congiuntamente per lo sviluppo di politiche di settore congrue agli obiettivi statutari delle due Società, che sono gli stessi che le vedono collaborare all'interno della "Consulta delle Associazioni e delle Società scientifiche nel campo dei comportamenti compulsivi, di abuso e di dipendenza", fin dal suo nascere.

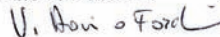
Questo comunicato congiunto viene pubblicato sui rispettivi organi di informazione e inviato al Coordinatore della Consulta delle Società.

Milano, 13 settembre 2007

Alfio Lucchini



Vittorio Foschini



Comunicato dell'Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD

"Porti la croce" e lasci in pace i Ser.T.

In questi giorni Don Gelmini è entrato nella cronaca per le note vicende personali che non intendiamo commentare.

Su *la Repubblica* di sabato 4 agosto, oltre ad altre varie esternazioni oggetto di successive precisazioni e rettifiche, il "responsabile numero 1", come è definito un importante collaboratore di Gelmini, afferma che "Se c'è una richiesta minore in comunità la colpa è dei Ser.T., che non mandano i ragazzi da noi per imbottirli ogni giorno di metadone".

Comprendiamo che per certe persone ogni occasione, anche quelle che dovrebbero indurre alla cautela e forse al silenzio, sono buone per farsi pubblicità, ma dobbiamo ricordare poche verità.

I professionisti dei Ser.T. assistono 180.000 persone l'anno e di queste la metà fruiscono di trattamenti farmacologici sulla base dei protocolli scientifici accreditati in tutto il mondo.

Questa percentuale è stabile negli ultimi anni.

Nelle oltre 1.500 Comunità Terapeutiche italiane sono assistiti ogni anno circa 17.000 cittadini, inviati dai Ser.T. nel 95% dei casi e nel rispetto della libera scelta delle persone.

Per il 40% dei soggetti in Comunità è necessaria anche una terapia farmacologia.

Le Comunità sono finanziate dal Servizio sanitario nazionale con regole definite, che prevedono standard di accreditamento come tutte le strutture sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali del Paese, a tutela della salute dei cittadini.

Pochissime strutture sono estranee a queste regole.

Non ci illudiamo di poter ragionare con chi utilizza categorie di pensiero così diverse da quelle a cui siamo stati educati, né speriamo di favorire una riflessione sul perché le persone non si rechino in certe Comunità, ma è opportuno che i cittadini sappiano che Ser.T. e Comunità professionali operano da tempo e con sinergia pubblico privato in Italia per le problematiche legate all'abuso e dipendenza da droga.

Ci auguriamo anche che, come qualche politico accorto ha detto, la politica faccia un passo indietro rispetto al circo mediatico che si sta alimentando.

Milano, 7 agosto 2007

Accertamenti di assenza di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE
www.federserd.it

*Gent. Sen. Livia Turco
Ministro della Salute*

*Egr. On. Cesare Damiano
Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale*

La recente presentazione di uno schema di atto di intesa all'attenzione della Conferenza Stato Regioni in tema di accertamenti di assenza di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori ha già visto un primo commento positivo da parte di FeDerSerD, ampiamente ripreso dai principali organi di stampa.

In sintesi questa è stata la posizione assunta e riportata fedelmente dalla stampa: *“ le categorie professionali interessate dal provvedimento sono importanti per la sicurezza dei cittadini e il ruolo dei Ser.T. che si delinea è un giusto ruolo tecnico, che attiene alla consolidata professionalità del personale, all'interno delle competenze sanitarie complessive delle aziende sanitarie.”*

Appaiono opportune alcune precisazioni, anche alla luce di una serie di dichiarazioni su questo atto, che è tra l'altro ancora in itinere.

Una prima considerazione: *“ad ognuno la propria specialità e funzione”* !.

Nell'ambito della organizzazione delle ASL, spetta ai Ser.T., all'interno delle funzioni dipartimentali, il ruolo clinico, dall'anamnesi fino alla valutazione del risultato e alla certificazione.

L'indagine su campione biologico va eseguita da laboratorio certificato.

Ovviamente spettano ai Ser.T. i compiti di presa in carico e cura, ove necessari.

Questo ci sembra in armonia con la legislazione e la realtà attuale.

Giudichiamo fuori luogo e in sintonia con la linea che tende nei fatti a favorire lo smantellamento dei servizi pubblici l'insistere, in alcuni commenti, sul depotenziare il ruolo dei Ser.T. perché *“deboli come strutture”*.

Questa affermazione, in contrasto con i compiti che giustamente lo schema di atto di intesa affida ai Ser.T., appare generica e colposa, anche se *“ottima”* se assunta come occasione per rafforzare i servizi.

Un'altra considerazione, che paventa *“funzioni di controllo sociale”* nel caso dei Ser.T. è ben particolare.

Chi sa cosa significhi lavorare nei Ser.T. conosce come il sistema dei servizi abbia imparato a governare con intelligenza i propri importanti mandati, tra i quali è ricompresa anche una funzione di *“controllo sociale”*, e questo da ormai 25 anni.

Una ulteriore osservazione riguarda il coinvolgimento delle parti sociali, nella fattispecie dei rappresentanti dei lavoratori, nel percorso legislativo.

Crediamo ovvio tale passaggio, in una materia che ha visto 17 anni di inerzia negativa probabilmente per un concorso di sottovalutazioni.

FeDerSerD è a disposizione per ogni chiarimento e approfondimento si ritenga opportuno.

*Per l'Ufficio di Presidenza nazionale
Il Presidente
Prof. Alfio Lucchini*

Milano, 27 giugno 2007

*Segreteria Nazionale FeDerSerD - EXPOPOINT - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co
telefono 031 748814 - fax 031 751525 - email federserd@expopoint.it - Presidente: cell. 3356612717*

Manifesto delle Onlus, Associazioni di Volontariato e di Servizio nel settore delle dipendenze, dell'abuso di sostanze e dei comportamenti additivi*

In sanità le associazioni di volontariato a tutela dei diritti dei cittadini e dei malati giocano da anni un ruolo fondamentale, in quanto integrano il punto di vista tecnico con quello dei fruitori dei servizi, arricchiscono la programmazione con proposte concrete, stimolano i professionisti a mantenere alta l'attenzione sulla centralità della persona, controllano l'uso delle risorse e la congruità della risposta, ponendosi a volte anche in contrapposizione dialettica con i sanitari e gli amministratori. Soprattutto, assicurano supporto ed accompagnamento ai soggetti che vivono in prima persona problematiche di salute complesse e spesso ad andamento cronico e alle loro famiglie.

Nell'ambito delle dipendenze l'associazionismo presenta una storia controversa: nel campo dell'alcoldipendenza, a partire da diverse filosofie e culture di riferimento, sono cresciute numerose realtà di volontariato e autoaiuto.

Esse operano in integrazione con i servizi pubblici e privati sia svolgendo all'interno del sistema una funzione di punteggiamento nella fase di reinserimento e mantenimento dell'astinenza, sia supportando l'utente i suoi familiari nel processo motivazionale e di cambiamento di stile di vita.

Nella tossicodipendenza l'orizzonte dell'associazionismo è meno abitato.

Fattori quali l'illegalità della sostanza, la paura di esporsi, l'atteggiamento comune di tipo giudicante o, peggio, di rifiuto, interferisce sulla disponibilità delle persone e dei familiari ad esporsi, organizzarsi e sentirsi autorizzati all'intervento diretto.

Le realtà nate nella maggioranza dei casi dimostrano una fragilità correlata alle caratteristiche della problematica (crisi intercorrenti, patologie correlate, pendenze giudiziarie, conflittualità con la famiglia, difficoltà di reinserimento socio-lavorativo, ecc.), da cui una tendenza ad "appoggiarsi" ai tecnici, ai servizi, ed a rimanere più sullo sfondo della scena. Tuttavia, dopo la fase di sostegno alla nascita dell'associazione, qualunque natura e scopo abbia, è regola avviare un processo di progressiva autonomizzazione e separazione dal servizio, al fine di evitare il consolidarsi di rapporti di dipendenza e commistioni d'interessi che alla fine mettono in pericolo la sopravvivenza e la credibilità istituzionale dell'esperienza associativa.

L'inserimento della logica della tutela dei diritti dell'utente sul ramo del volontariato auto aiuto appare oggi come una svolta vitalizzante dal punto di vista socio culturale per il sistema pubblico e privato di cura delle dipendenze e un

segnale forte a livello politico istituzionale. Infatti le istituzioni, sia pubbliche che private, troppo spesso considerano il volontariato/auto aiuto solo come una stampella e una risorsa per fornire a costo ridotto o nullo interventi socio assistenziali o e perfino riabilitativi.

A lato di questa funzione se ne può e deve sviluppare un'altra frutto della coscienza dei propri diritti di cittadino ad ottenere servizi che offrano metodologie di cura aggiornate e validate, risorse certe e organizzate in modo da evitare sprechi e inefficienze nell'ambito di una dialettica tra "soggetti" di un confronto politico e culturale.

Uno degli ambiti in cui questo confronto-collaborazione-integrazione si può svolgere è il Dipartimento delle Dipendenze, che generalmente già prevede la presenza e la rappresentanza del privato sociale e in alcune realtà del volontariato/auto aiuto e che va dunque fortemente rivendicato come luogo istituzionale di fondamentale importanza.

Un secondo e altrettanto importante luogo può crearsi a livello interregionale o nazionale quale forum o coordinamento delle associazioni che a vario titolo intervengono e cooperano nel campo delle dipendenze e delle patologie correlate, con particolare attenzione alle piccole realtà locali.

La sessione prevista nel III Congresso nazionale di FeDerSerD intende "lanciare" e discutere la fattibilità di realizzare a livello nazionale una rete sinergica tra le associazioni esistenti, sia di tutela degli utenti che dei familiari per:

Rinforzare l'associazionismo attraverso la creazione di una rete nazionale di riferimento, capace di censire, valorizzare e dare più voce alle realtà del volontariato/auto aiuto, nel rispetto delle differenze socio culturali, territoriali ed operative (laddove non si riesce da soli, si può riuscire in tanti con una struttura organizzativa formalmente identificata).

Creare una trama organizzata tra le realtà dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato/auto aiuto, per promuovere percorsi di conoscenza e valorizzare le differenti competenze/esperienze e le potenzialità presenti (fare sistema).

Raccordarsi con altre reti attive in Italia e in Europa.

Ampliare il ventaglio di offerte e opportunità di benessere e di sostegno.

Promuovere uno scambio conoscitivo e formativo tra gli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato/auto aiuto, che lavorano nel campo delle dipendenze,

* Documento provvisorio.

per far emergere progettualità innovative e buone pratiche.

Stimolare le istituzioni pubbliche, sanitarie e socio assistenziali, affinché rinforzino, sviluppino, innovino le strutture e gli interventi volti alla cura delle persone affette da dipendenza ed al sostegno dei loro familiari, in base al mutare dei bisogni individuali, della famiglia e del contesto.

Collaborare con il personale dei servizi pubblici e privati perché vengano garantiti interventi di cura efficaci, realistici, rispettosi della privacy, dei tempi e delle scelte della persona.

Diffondere una cultura volta ad individuare e rimuovere elementi ambientali, sociali, culturali, psicologici che possono determinare o aggravare la condizione di dipendenza, in opposizione ad istanze emarginanti ed escludenti.

Promuovere la cultura dell'inclusione sociale, della legalità, come possibilità di vita e di riscatto anche da situazioni estreme di marginalità, attraverso attività di sensibilizzazione del contesto sociale e del mondo del lavoro.

Promuovere la cultura dell'eguaglianza, dello scambio, oltre le mura dei servizi, oltre i confini della singola regione, perché una società democratica sempre più complessa deve pensare ed organizzare i propri servizi in un'ottica di equità, di ugua-

glianza nelle possibilità di accesso alle risorse ed alle opportunità di cura, superando l'attuale situazione nazionale di frammentarietà e di profonda disomogeneità del sistema dei servizi. **Stimolare iniziative volte all'incontro tra gli utenti, tra i familiari, tra utenti e familiari,** attraverso attività di tipo associativo, di auto-mutuo-aiuto, di formazione (anche con stage e scambi tra differenti realtà territoriali) e di ricerca.

Sensibilizzare l'opinione pubblica sulle tematiche delle dipendenze, attraverso il coinvolgimento dei mass-media e l'organizzazione di eventi pubblici rivolti alla popolazione generale.

Promuovere la cultura della tolleranza, della civile convivenza, dello scambio con l'altro, al di là e nonostante la condizione di dipendenza, che diviene pretesto ed occasione per una riflessione sul valore positivo e trasformativo della relazione, dell'impegno di ognuno.

Assicurare supporto di tipo legale alle persone dipendenti ed alle loro famiglie nel caso di vertenze civili e/o penali più complesse.

Milano, 30 settembre 2007

Promuovono l'iniziativa Onlus e Associazioni di auto aiuto e di servizio con il sostegno del Direttivo Nazionale di FeDerSerD

Per aderire o informazioni contattare:

Roberta Balestra roberta.balestra2@virgilio.it - **Cosetta Greco** greccocosetta@yahoo.it

**A Sorrento, Centro Congressi Hilton Sessione V - lunedì 29 ottobre 2007, ore 16.00,
si valuterà la possibilità di una forma organizzativa capace di rispondere alle esigenze
e problematiche più sentite.**

Proposta di lista pervenuta alla segreteria nazionale in data 21 agosto 2007, nei termini definiti dal regolamento elettorale. In data 19 settembre 2007 il presidente della commissione elettorale dott. Alessandro Coacci ha certificato la rispondenza della lista con tutti i criteri previsti dal regolamento elettorale. In particolare la lista con i 28 candidati (su 32 posti disponibili) risponde ai criteri percentuali di rappresentanza femminile, vede 6 professioni rappresentate, nonché 16 Regioni (18 tramite le Federazioni interregionali). Il past president di FeDerSerD e presidente della commissione elettorale ha disposto la immediata pubblicizzazione della lista.

Lista dei candidati per il Comitato Direttivo Nazionale (2007/2010)

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Alfio Lucchini , Milano, psichiatra (presidente) | 11. Roberto Cataldini Lecce, psichiatra | 23. Felice Nava , Treviso, farmacologo clinico |
| 2. Guido Faillace , Trapani, psichiatra (vice-presidente) | 12. Antonio d'Amore Caserta , internista | 24. Roberto Pirastu , Carbonia Iglesias, psichiatra |
| 3. Pietro Fausto D'Egidio , Pescara, internista (segretario esecutivo) | 13. Donato Dipietropaolo , Chieti, chirurgo | 25. Edoardo Polidori , Forlì, igienista |
| 4. Paola Aiello , Roma, psicologa | 14. Donato Donnoli , Potenza, farmacologo clinico | 26. Gianna Sacchini , Ascoli Piceno, psicologa |
| 5. Giancarlo Ardisone , Imperia, psichiatra | 15. Maurizio Fea , Pavia, psichiatra | 27. Giorgio Serio , Palermo, psichiatra |
| 6. Roberta Balestra , Trieste, psichiatra | 16. Michele Ferdico , Agrigento, psichiatra | 28. Franco Zuin , Milano, assistente sociale |
| 7. Giuseppe Barletta , Roma, psichiatra | 17. Bernardo Grande , Catanzaro, sociologo | Sono inoltre riservati i seguenti posti in direttivo nazionale a seguito della celebrazione dei congressi regionali nel 2007: |
| 8. Marcellina Bianco , Torino, infermiera professionale | 18. Claudio Leonardi , Roma, internista | 29. Calabria |
| 9. Emanuele Bignamini , Torino, psichiatra | 19. Raffaele Lovaste , Trento, internista | 30. Campania |
| 10. Claudia Carnino , Torino, educatrice professionale | 20. Ezio Manzato , Verona, psichiatra | |
| | 21. Vincenzo Marino , Varese, psichiatra | |
| | 22. Antonio Mosti , Piacenza, psichiatra | |

I sottoscrittori della lista



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, Franco Badii, Clara Baldassarre, Roberto Calabria, Cesare Di Carlo, Renato Durello, Michele Ferdico, Gilberto Gerra, Fabio Mariani, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava, Pier Paolo Pani

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 2008 - 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) _____
 CITTÀ _____ 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 _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2008
 Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2008

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 _____