

Ser.T., Sistema dei Servizi, Dipartimenti delle Dipendenze: Risorsa di scienza, cultura e impegno sociale per l'Italia
Alfio Lucchini 1

I quesiti al Ministro alla Salute sen. Livia Turco per il Congresso Nazionale di Sorrento 6

DOCUMENTI

FeDerSerD e il DM sulla Consegna dei Medicinali nel Trattamento degli Stati di Tossicodipendenza da Oppiacei 8

AREA EPIDEMIOLOGICA

Analisi della soddisfazione degli utenti dei Ser.T. della città di Bologna in trattamento con metadone
Raimondo Maria Pavarin, Piero De Marco, Claudio Comaschi 17

AREA STUDI E RICERCHE

Azienda Notte: una ricerca 21

POLICIES and PRACTICES Studio di comparazione sui trattamenti ambulatoriali e residenziali in Europa
Laura Tidone, Roberto Cataldini, Paola Fasciani, Alfio Lucchini, Henri Margaron, Maurizio Ruschena 47

AREA CLINICA

Uso del Gamma-Idrossibutirrato (GHB) e della Buprenorfina nel paziente politossicodipendente
Claudio Leonardi, Felice Nava 27

Quando sognare non fa volare... Craving e rischio di recidiva. I sogni come manifestazioni del craving ossessivo
Fiammetta Mozzoni, Bruna Ponticelli 34

Meccanismi psicologici delle tossicodipendenze
Francesco Tarantino 38

AREA DIAGNOSTICA

Analisi del capello: stato dell'arte nelle metodologie di laboratorio
Fiorenza Svaizer 43

FeDerSerD/DALLE REGIONI

Emilia-Romagna - Piemonte Valle d'Aosta Puglia - Calabria - Lombardia 52

NOTIZIE IN BREVE 14-66

FeDerSerD/FORMAZIONE 55

RECENSIONI 5-36-51-58

DALLA SOCIETÀ CIVILE 56

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE 67

Mission

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



Ser.T., Sistema dei Servizi, Dipartimenti delle Dipendenze: Risorsa di scienza, cultura e impegno sociale per l'Italia*

Cari colleghi, permettetemi di iniziare con alcuni ringraziamenti. Alla nostra presidente onoraria nazionale sen. Rita Levi Montalcini, premio Nobel per la medicina, che alla soglia del secolo di età continua ad essere maestra di vita per la Nazione; agli oltre 700 iscritti a questo convegno che siete convenuti qui, riuscendo a conciliare gli impegni di tutti i giorni; ai 7.000 professionisti dei Ser.T. che stanno garantendo un servizio essenziale nei territori; ad Antonio Maria Costa per la lusinghiera valutazione effettuata ieri della nostra attività e il riconoscimento di partnership alla Federazione dall'osservatorio dell'Ufficio Droga e Crimine delle Nazioni Unite; ai tanti ospiti stranieri del NIDA, dell'OEDT, dell'Autorità Israeliana, di Università Americane e del Nord Europa che ci onorano della loro presenza; ai tecnici dei ministeri, delle regioni, ai docenti universitari presenti; a tutti gli organismi dall'ONU alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai Ministeri, alla Conferenza delle Regioni, alle singole ASL e a tutte le associazioni e ordini professionali e sigle sindacali che ci hanno concesso il patrocinio; ad Alessandro Coacci che mi ha passato un testimone difficile e che assume la presidenza del collegio di garanzia nella Federazione; ai colleghi che hanno curato la produzione scientifica del Congresso a partire dalla Consensus nazionale, e in primo luogo al segretario esecutivo nazionale Pietro Fausto D'Egidio; ai miei più stretti collaboratori nell'ufficio di presidenza, nel direttivo e nel comitato scientifico nazionale.

Aprire un congresso nazionale è fonte di orgoglio e di responsabilità. Da Cernobbio a Firenze ad oggi ne abbiamo fatta di strada in 6 anni. La bussola che ci ha guidato è sempre stata quella di coniugare lo sviluppo e la difesa dell'intervento sui territori con l'operare secondo le conoscenze scientifiche. I punti di forza del sistema italiano per l'intervento sulle varie forme di abuso e dipendenza sono tanti. Una storia ricca e particolare, che tra alti e bassi continua a permeare le metodologie operative e i riferimenti di chi vuole occuparsi di persone con problematiche di abuso e dipendenza da sostanze o con comportamenti additivi che creino difficoltà. Abbiamo la realtà dei 550 Ser.T., delle oltre mille strutture private professionali, degli

* Relazione introduttiva del presidente nazionale Alfio Lucchini al III Congresso Nazionale della Federazione, tenutosi al Centro Congressi dell'Hilton Sorrento Palace dal 28 al 31 ottobre 2007.

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO VI, 2007 - N. 23

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Paola Aiello, Giancarlo Ardissonne,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Emanuele Bignamini,
Claudia Carnino, Roberto Cataldini,
Alessandro Coacci, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio,
Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Guido Faillace,
Maurizio Fea, Michele Ferdico,
Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Raffaele
Lovaste, Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli,
Ezio Manzato, Vincenzo Marino,
Antonio Mosti, Felice Nava,
Roberto Pirastu, Edoardo Polidori,
Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

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: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 15 febbraio 2008

Edizione fuori commercio

Tiratura: 8.000 copie



EDITORIALE

interventi intermedi di strada e territoriali, delle sperimentazioni progettuali in ambito preventivo, di riduzione del danno e riabilitativo.

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

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

Una forza che sta nell'essere capaci di affermare la specificità del settore rispetto a tanti altri campi del sociale e del sanitario: specificità che nasce dalla complessità dell'intervento e non dalla spocchia del voler essere diversi.

Una forza che sta nell'aver iniziato a praticare, pur con difficoltà, 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 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 nei territori buone prassi, attivazione culturale ed anche pressione istituzionale.

Gli elementi di criticità richiederebbero un trattato, ma come non ricordare:

- la mancanza di una politica nazionale per contrastare i fenomeni di addiction;
- l'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 (capacità di lettura dei fenomeni e accreditamenti) da parte di numerose Regioni italiane. In particolare è davvero singolare come molte Regioni abbiano affossato i Dipartimenti prima ancora di sperimentarli;
- il blocco ed anzi l'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 15% degli operatori, sia ormai un classico che dovrebbe far vergognare chi straparla ogni giorno sulla insufficienza dei Ser.T.);
- la mancanza colposa di una disciplina in clinica delle dipendenze o almeno, come suggeriva prima di me l'on. Beppe Lumia, di percorsi formativi normali (universitari, di specializzazione) per i vari profili professionali;
- l'assenza di pezzi fondamentali di una vera clinica delle dipendenze (situazioni protette di diagnosi e cura, collegamento tra percorsi terapeutici e interventi reali di reinserimento socio lavorativo, reale integrazione normativa tra il sistema carcerario e il sistema terapeutico e di socialità territoriale);
- l'attacco al cuore del modo di operare degli operatori, elemento fondante per FeDerSer.D. (lavoro di equipe, condivisione dei percorsi), favorito da letture economiciste nei processi di aziendalizzazione in sanità;
- l'eccesso di legislazione che tende fundamentalmente ad impedire il superamento dello stigma sociale verso non solo consumatori e tossicodipendenti, ma verso chi di loro si occupa.

Sintetizzammo nell'ottobre 2005 in 10 punti i problemi del settore, a 2 anni di distanza un solo tema è stato affrontato, quello della decarcerizzazione a seguito dell'approvazione dell'indulto, ma questa occasione non sta portando alla auspicata revisione delle politiche carcerarie.

L'intervento che abbiamo ascoltato del direttore del DAP Ettore Ferrara ci ha confermato le difficoltà.

Avendo al centro del nostro interesse gli operatori del settore, bisogna dire che siamo di fronte ad una crisi di molti professionisti.

Ad un vero collasso di alcune figure professionali: ripeto anche qui oggi, è inutile lamentare la scarsità di assistenti sociali o di educatori nei Ser.T., paventando la solita musichetta della sottostante cattiveria dei medici.

Mi si spiega come fanno gli assistenti sociali, dopo la legge 328 del 2000 e i loro nuovi percorsi universitari, a venire ad operare nei Ser.T.?

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

E questo vale anche per la storia già vista dei rapporti con altri settori della sanità, come la salute mentale.

Ma non voglio sottrarmi a segnalare anche elementi critici storici interni al sistema, che in parte si accompagnano al modo stesso con cui questo è nato.

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" evidenzia criticità gravi nei servizi ma anche ricchezze che credo si spieghino anche con le premesse che ho fatto.

È certamente difficile parlare serenamente di prospettive.

Per me e per la nostra organizzazione sono aliene le tendenze al piangersi addosso o a vedere negativamente la realtà e quando si rappresenta la gran parte dei professionisti del settore pubblico si è costretti 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 solita domanda: chi cura i cocainomani, e dove, e come?

La realtà dice che i Ser.T. e le Comunità professionali 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.

Bisogna investire e bisogna fare ricerca in questo Paese.

In questo Congresso presenteremo numerosi studi prodotti dai Servizi, ad esempio sulla incidenza tra i nuovi utenti maggiore della cocaina rispetto alla eroina in aree significative del Nord, o sulla valutazione di migliaia di trattamenti integrati in tema di alcoldipendenza.

Anche sperimentare è necessario; la nostra Federazione Piemonte e Valle d'Aosta nell'aderire al progetto di sperimentazione delle narcosale per i tossicodipendenti che non frequentano i servizi ha chiarito anche quali sono i limiti di una simile attività e quali dovrebbero essere le utili premesse di sviluppo dei servizi.

Allo stesso modo non possiamo tacere passi indietro incredibili come quello effettuato dal Comune di Milano eliminando gli scambiasiringhe e notare la ricomparsa di fenomeni di punture accidentali per siringhe abbandonate come denunciato dal Corriere della Sera.

Anche questo è il nostro ruolo.

E ancora, come mi opposi duramente alla "legge olimpionica della droga", saluto il recente recupero ministeriale e delle regioni di un "antico" progetto criticabile e insufficiente ma utile, per potenziare Centri che si interessino sul territorio di cocainomani con sinergie pubblico-privato, per creare un volano di ben più significative iniziative future.

Vogliamo risolvere il problema cocaina facendo concorrenza alla Svizzera con cliniche a pagamento in Italia, come ho sentito affermare in qualche insospettabile convegno?

Vediamo più eticamente di dare dignità ai servizi sviluppandone le potenzialità cliniche.

Vuoi per i miglioramenti diagnostici vuoi per reali cambiamenti nei fenomeni il tema della comorbidità 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.

Ma 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?

Idee organizzative comuni vengono dopo, e comunque a nostro parere sempre al di fuori di tendenze annessionistiche e semplificatrici.

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

L'inadeguatezza dei LEA, di cosa deve essere sempre e dovunque assicurato perché l'intervento sia efficace ed equo. Stiamo parlando di livelli essenziali, non minimi, non scherziamo per favore.

E poi il dramma dei diversi modelli organizzativi regionali nelle ricadute sulla esigibilità dei diritti dei cittadini.

Dinanzi al Ministro Paolo Ferrero, che ci onora della sua presenza anche in questo congresso, assai sensibile ai temi che sto elencando (vedete il recente speciale de Il Sole 24 Ore Salute), e agli staff tecnici di vari ministeri, abbiamo spiegato il 26 giugno a Roma, come Tavolo di Alta integrazione con CNCA e FICT, come stiano già accadendo fatti gravi.

Non sempre si riesce a garantire la presenza nei servizi di équipe adeguate per numero di operatori e multidisciplinarietà.

È in atto una coartazione dell'offerta in molti servizi, a scapito di una risposta globale ed integrata (con maggior sacrificio per gli interventi preventivi, di reinserimento e di riduzione del danno, spesso finanziati col fondo droga ex legge 45 ormai scippato). E rivendico il termine, smettiamola di dire che non è così, qualcuno ha ricordato in questi giorni che quando un rigagnolo confluisce nel mare (della legge 328 nel nostro caso) sparisce.

Così è successo.

Vi è il rischio di de-qualificazione dei Servizi e di riduzione dell'efficacia dei trattamenti (e poi si parla di cronicizzazione!).

A lungo andare in molti territori l'offerta possibile non incrocerà più la domanda espressa per non parlare del bisogno sommerso. Sia per l'integrazione sanitaria che per quella socio-sanitaria vi è molto da fare, e subito.

Una certezza possiamo affermarla: la tossicodipendenza è una malattia curata in Italia da professionisti competenti che si muovono sulla base delle evidenze scientifiche.

Alcune considerazioni sulla integrazione pubblico privato.

Vi è un principio dal quale partire: ognuno deve fare bene il suo lavoro.

I Ser.T. accoglienza, diagnosi e cura; le Comunità riabilitazione; i Comuni reinserimento sociale e lavorativo.

È una affermazione forte e perfettibile, ma credo segni la base per ogni miglioramento, collaborazione, integrazione e contaminazione.

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.

E così la applicazione delle nuova normativa sulle sanzioni amministrative mette in difficoltà ogni intelligente proposizione e sperimentazione.

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

In queste settimane vi sono segnali che voglio leggere come positivi considerato il buio in cui si trova per altri versi l'azione politica.

Le commissioni parlamentari hanno iniziato l'esame delle proposte di legge per "modificare" la legge 49.

Si sta affermando la necessità che la Conferenza Stato Regioni si impegni sul tema droga, sulla garanzia di offrire ai cittadini livelli essenziali di assistenza sanitari e sociali veri e non burocratici.

Sembra che si voglia cogliere la opportunità che il Piano d'Azione Nazionale sulla droga riprenda elementi dimenticati nell'ultimo quinquennio, comprese le legislazioni del 1999, una buona annata.

E infine la costruzione di percorsi che portino alla Conferenza triennale prevista dalla legge, che deve avere regole certe e momenti condivisi.

Certo è evidente l'imbarazzo logico della superficialità con cui è stato affossato il Dipartimento nazionale Politiche Antidroga verso un coordinamento ancora da costruire a 18 mesi dall'insediamento del nuovo Governo.

E non dico queste in difesa di visioni centralistiche o marmoree. 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.

E scusatemi, ma è veramente curioso che in questo Paese non si possa sapere quanto una decina di ministeri spendono per la lotta alla droga, base a mio parere per la programmazione non parolaia.

Non è dato di sapere.

Ancora una osservazione: si nota una discrasia a livello centrale (dei ministeri) tra le affermazioni di principio, magari dei Ministri, e gli strumenti, i metodi e mezzi 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.

Di questo si parlerà qui in questi giorni.

Alcune parole ancora sugli operatori, anche in vista della V Conferenza nazionale annunciata per la primavera del 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.

Osserviamo che la politica fa fatica in genere a parlare e occuparsi dei Ser.T., la politica fa fatica anche a valorizzare associazioni come FeDerSerD.

Abbiamo esaminato nei nostri Stati Generali del 5 giugno a Milano il perché di questa difficoltà, nonostante il nostro spirito di servizio dimostrato dal lavoro in commissioni e consulte ministeriali.

Crediamo imbarazzi il fatto di essere organizzazione, di essere gruppo che talvolta alza la voce. Alza la voce non per reclamare posti o progetti, sport trasversale in questo Paese, ma per cercare di far sentire un'altra voce, quella dei servizi, della scienza e del lavoro pratico.

Quando qualcuno, anche a sinistra, ci dimostrerà che non vale più la regola della rappresentanza (una testa un voto si direbbe

in altro contesto per semplificare) o almeno di una vera etica che è quella di interloquire con chi veramente sa quello che succede in Italia per l'osservatorio dei servizi, allora ammetteremo di aver capito male la Costituzione.

Noi continueremo a intervenire autonomamente nel dibattito di settore, anzi si preannuncia la necessità di essere più incisivi ed anche di esercitare al centro e nelle Regioni una spinta contrattuale sempre all'interno della mission associativa.

Detto questo è ovvio che la nostra scelta di essere responsabili viene oggi da me confermata con forza.

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

E prima ancora il compito nobile delle associazioni di settore è quello di definire i criteri scientifici dell'operare, e possibilmente la verifica dell'intervento sia curativo, che preventivo e riabilitativo.

FeDerSerD è impegnata su tanti fronti.

Ma in primo luogo dobbiamo ricordarci chi sono i 1.136 aderenti alla Federazione sparsi in tutte le Regioni Italiane.

Da una parte abbiamo i professionisti dei servizi, i clinici, le professioni infermieristiche, sociali ed educative; dall'altra i capi servizio e i direttori di dipartimento,

Quindi sviluppo scientifico e sviluppo della managerialità, queste sono le due direttrici su cui continueremo a muoverci.

Recentemente la ministra Livia Turco, che ringraziamo per l'articolato documento che ci ha inviato, 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...".

In questa ottica noi ci siamo.

Attendiamo lo spostamento delle risorse verso il territorio.

E siamo per dare chiarezza agli utenti e ai cittadini; servizi trasparenti, che dichiarino quello che fanno e facciano quello che dicono. È necessario che i dati epidemiologici siano raccolti e fruibili, a furia di semplificare ed estrapolare tra un po' non si saprà quanti sono i pazienti in trattamento.

Sono felice che nella sessione curata con il Ministero della Salute si parli del SIND, sistema informativo nazionale dipendenze, uno strumento e una scommessa che devono servire ad invertire la disastrosa rotta attuale.

La nostra rete territoriale è a disposizione per essere "servizio" in questo percorso che avrà successo solo con la partecipazione degli operatori di base.

Se guardate le nostre iniziative, vedete già nel logo l'adesione alla Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche, alla Consulta delle Società Scientifiche e Professionali di settore, al Tavolo di Alta integrazione dei Ser.T. e delle Comunità con FICT e CNCA, fino al Cartello "Non incarcerate il nostro crescere".

Decine di membri della Federazione sono impegnati 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.

Metà dei gruppi di lavoro della Consulta ministeriale ex dpr 309 vedono membri di FeDerSerD come coordinatori.

A livello del Ministero della Salute e della Solidarietà Sociale si sono sviluppate con maggiore operatività collaborazioni tecniche su temi forti: dall'indulto l'estate scorsa 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.

E come ho detto negli entusiasmanti congressi regionali che ho seguito in questi anni (negli ultimi mesi quelli della Liguria, Emilia Romagna e Calabria), affollati e unitari, è nelle Regioni che le Federazioni costituite devono trovare linfa ed affermarsi.

Il contributo che voglio dare ai dibattiti sull'etica, alle dichiarazioni di intenti che si scrivono copiose, agli improvvisi proclami, è semplicemente vigilare con ferocia a difesa dei concetti di interesse che ho più volte richiamato in questo intervento.

Certo, per essere credibili, permettetemi di ricordare un principio caro ai miei genitori, se si vuole proporre qualcosa bisogna dimostrare con la propria azione di tutti i giorni di essere con gli altri e più rigorosi degli altri.

La mia presidenza si è basata su un documento politico strategico che ho cercato di seguire, chiaro e verificabile negli obiettivi. Da questo congresso dobbiamo uscire salvaguardando questo metodo.

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

Bene, i temi di questo Congresso seguono queste priorità.

Una scienza che tenga conto e curi la soggettività degli operatori, e qui portiamo i primi dati delle nostre consensus scientifiche e nel congresso ben tre sessioni sono dedicate ad approfondire il disturbo cognitivo legato alle dipendenze.

Una società che valorizzi la responsabilità dei singoli e delle istituzioni.

Una cultura che incontri il territorio e i suoi abitanti tutti.

E ieri sera nella sessione inaugurale abbiamo proposto un patto di responsabilità 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.

Su questi temi FeDerSerD articola le sue proposte con atti e documenti precisi, che saranno sottoposti ai Ministri, alle Regioni, agli Enti Locali e agli operatori tutti.

E da dipendenti dello Stato e del Servizio Sanitario Nazionale, voglio finire con un richiamo che è un monito: non essere capaci di valorizzare ed utilizzare i propri talenti rappresenta per lo Stato, le Regioni e molte ASL un errore gravissimo su cui è obbligatorio riflettere.

Grazie e buon lavoro!

RECENSIONE



Maurizio Fea

RIPARATORI DI DESTINI Dipendenze, etica e biologia

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 96, € 13,00 (cod. 231.1.36)

Si può dire che il *destino* del tossicomane sia caratterizzato dalla sua propensione a modulare chimicamente le emozioni? Possiamo dire che l'uso di sostanze sia una forma di adattamento darwiniano?

Che effetti produce l'adozione del paradigma evolucionistico nell'interpretazione della la (preoccupante) diffusione dell'uso di sostanze psicotrope?

Quali responsabilità etiche e professionali si affacciano all'orizzonte se consideriamo la *vulnerabilità* come principio basilare per orientare le pratiche cliniche e le strategie di prevenzione?

Dal desiderio di rispondere a queste domande prende le mosse il volume, che intende suggerire delle coordinate scientifiche e culturali per interpretare il fenomeno della tossicodipendenza.

La biologia è alla base dei comportamenti degli esseri umani che, tuttavia, lungi dall'essere interamente determinati dai geni, nel corso dell'evoluzione si sono dotati di un vasto patrimonio di strumenti per variare in funzione dei cambiamenti, interni ed esterni; anche il cervello si evolve continuamente durante la vita: le connessioni fra i neuroni si formano, si distruggono e cambiano rispondendo ai segnali che vengono dall'esterno, compresi quelli prodotti dalle sostanze ad effetto psicotropo. È inevitabile quindi riferirsi alle neuroscienze e all'etica per parlare di tossicodipendenza; rifarsi ad una ricerca di senso ancorata alle evidenze e a ciò che le nostre ragionate passioni ci inducono a cercare sfuggendo così agli atteggiamenti emotivi e alle risposte ideologiche.

Il volume nasce da osservazioni cliniche e professionali maturate negli anni, che hanno suscitato il desiderio di proporre suggestioni e argomenti di discussione non solo alla comunità scientifica, ma anche a coloro che frequentano questi temi con curiosità e partecipe responsabilità.

Maurizio Fea, psichiatra, direttore fino al 2003 del Dipartimento Dipendenze della ASL di Pavia, è autore di numerose pubblicazioni nel campo delle dipendenze. Per i nostri tipi ha pubblicato *Prevenzione delle dipendenze e multimedialità: Il Quinto Livello* (2002).

I quesiti al Ministro alla Salute sen. Livia Turco per il Congresso Nazionale di Sorrento

Quesiti proposti

1. Compete alla responsabilità della politica il coraggio di sostenere con adeguati investimenti la ricerca e la cura nel settore delle dipendenze. 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. Serve una politica di incentivazione alle cure che devono essere sempre più efficaci, ma per ottenere ciò occorre investire e non rendere asfittico (considerati i dati noti sul personale dei Ser.T. e le rette delle Comunità) un sistema già molto debole.

Quali strumenti è possibile mettere in atto da parte sua perché in Italia non vi siano cittadini di serie B per l'accesso alla cura delle dipendenze patologiche a seconda delle Regioni e talvolta delle ASL in cui abitano?

2. La frammentazione delle politiche sulla droga ha il suo punto di partenza nelle divisioni di competenze tra sociale e sanitario, che si riflette dal livello centrale alle regioni e anche alle aziende sanitarie e agli enti locali.

È possibile pensare un processo di ricomposizione non ideologico, ma fondato sulle evidenze, che renda praticabile nei fatti una strategia unitaria di contrasto alla diffusione del fenomeno droga?

3. FeDerSerD è impegnata con CNCA e FICT nel Tavolo di Alta Integrazione dei Ser.T. e delle Comunità.

Non crede che questa entità (che rappresenta il 95% degli accreditati del SSN nel settore) possa avere una sua stabile rappresentanza nei livelli di consultazione ad iniziare da quelli ministeriali?

4. **Non crede che i Ser.T., per la loro storia e le professionalità impiegate, possano rappresentare una importante risorsa di scienza ma anche di cultura per il paese. E inoltre, non crede che siano con la loro presenza e attività fonte di sicurezza dei territori?. E infine, signora Ministra, perché è così difficile per la politica parlare dei Ser.T.?**

Cordialmente



Saluto dal Ministro Livia Turco al Congresso di FeDerSerD

Caro Alfio Lucchini e carissimi amici tutti riuniti a Sorrento per partecipare al 3° Congresso Nazionale di FeDerSerD, innanzitutto un ringraziamento ed un rammarico: vi sono grata per il prezioso lavoro che svolgete nei Servizi e nei Dipartimenti per le dipendenze patologiche, per la capacità di farvi carico di un numero così alto di persone tossicodipendenti che fa del nostro paese una delle punte più avanzate nella UE in quanto ad articolazione e qualità

di programmi terapeutici che il Servizio Sanitario Nazionale è in grado di offrire; sono dispiaciuta di non poter essere con voi, non solo per continuare quel prezioso metodo di collaborazione e confronto che ci portò tra il '96 ed il 2001 a realizzare assieme le due conferenze nazionali di Napoli e Genova, ad aggiornare la normativa con la legge 45/99, ed agli importanti accordi come gli atti d'intesa sulle Comunità Terapeutiche e sui Dipartimenti per le dipendenze, ma anche e soprattutto per mettermi ancora una volta "in ascolto" delle vostre idee, progetti, proposte.

Rimango convinta che è dai protagonisti dell'intervento, dai professionisti, da chi quotidianamente è impegnato sul campo, che dobbiamo partire per orientare le scelte politiche ed amministrative in materia di droga e dipendenze patologiche, ed è con questo spirito che ho voluto insediare presso il mio ministero una Commissione di esperti in materia di dipendenze.

Un Congresso importante, il vostro, anche perché cade in un momento delicato per le scelte che come governo siamo chiamati a compiere nelle prossime settimane.

Come ci ricorda la relazione al Parlamento e come ben ci avete rappresentato nei documenti presentati in occasione della Giornata mondiale di contrasto alle droghe, ad un aggravarsi della situazione sul versante dei consumi di sostanze psicoattive e delle dipendenze si accompagna un momento di forte sofferenza del sistema dei Servizi, sia pubblici che del privato sociale.

Si è aggravato poi il peso sulle famiglie, come ben sottolineate nel presentare il vostro congresso, un sistema di relazione parentali che sempre più viene trascinato nelle tante sofferenze che accompagnano una condizione di dipendenza e che troppe volte si sentono messi in disparte, quasi esclusi da qualsiasi possibilità di portare un loro aiuto, mentre in molti casi potrebbe essere una risorsa attiva per percorsi di emancipazione dalla dipendenza.

C'è infine una forte esigenza di "fare cultura" su tutte le problematiche che riguardano le sostanze psicoattive e i comportamenti compulsivi.

Troppo spesso, in questo primo anno di governo, ho toccato con mano i guasti di un modo di affrontare i problemi tutto ideologico e moralistico.

La scienza, la ricerca, le competenze, le conoscenze maturate sul campo rimangono sempre ai margini nel confronto mediatico, nella discussione politica, tante volte anche nelle scelte amministrative che vengono compiute.

Io stessa ho vissuto l'isolamento di chi cerca di affrontare con razionalità e realismo le questioni: bollata come estremista dell'antiproibizionismo quando ho cercato di evitare che tanti giovani consumatori di cannabis non entrassero, per semplice consumo personale, nel pesante circuito penale, reazionaria quando ho cercato di capire, di approfondire le tante ansie ed il bisogno di risposte delle famiglie e del mondo della scuola.

Una serie ed efficace legislazione nel nostro paese, improntata non sulla scorciatoia della punizione ma sulla prevenzione e sulla cura e integrazione sociale, è possibile solo se cresce la consapevolezza in tutta la popolazione che quello della droga e delle dipendenze è un problema di tutti, non delegabile agli

esperti o professionisti, ma che per conoscerlo e combatterlo efficacemente necessita di tutta la vostra competenza.

Come ministero della Salute abbiamo sviluppato le nostre linee di intervento a partire dalle indicazioni contenute nel programma di governo, dal Piano Sanitario Nazionale, dalle raccomandazioni, suggerimenti ed indirizzi dell'Unione Europea e dell'OMS, dalle evidenze cliniche, dalle buone pratiche, dalle esperienze più significative promosse dalla nostra Amministrazione, valutate e validate. Un impegno in materia di dipendenze, che come per tutti gli altri campi del servizio sanitario nazionale, si basa sui valori del rispetto della dignità umana, della libertà di scelta, dell'uguaglianza, della solidarietà.

Si prefigge di tutelare e rafforzare il benessere della società e dell'individuo, proteggere la salute pubblica, offrire un elevato livello di sicurezza per la popolazione e adottare un approccio equilibrato e integrato nei confronti del problema della droga.

Un problema che deve essere percepito, a livello locale e nazionale, in primo luogo come questione di sanità pubblica volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti.

Con le nostre azioni ci prefiggiamo di apportare valore aggiunto alle strategie nazionali e locali, rispettando competenze e ruoli delle altre amministrazioni e dei soggetti non istituzionali, dando spazio alle dinamiche e potenzialità di ognuno e perseguendo un uso ottimale delle risorse disponibili.

Le nostre competenze generali in materia di droga e dipendenze sono tutte fortemente legate alla tutela e promozione della salute:

- la prevenzione (in particolare secondaria e terziaria);
- l'educazione alla salute;
- la definizione dei livelli di assistenza che il SSN deve garantire per le dipendenze patologiche;
- le linee di indirizzo, in collaborazione ed accordo con le regioni, sulla organizzazione dei servizi;
- il monitoraggio continuo del fenomeno con la costruzione di un sistema informativo ed epidemiologico informatizzato;
- la formazione degli operatori sanitari;
- la ricerca sanitaria finalizzata.

Al centro della nostra attenzione, come Ministero della Salute, ci sono le misure di contenimento della domanda, l'attenzione ai problemi per la salute causati dall'uso di sostanze psicoattive illegali e legali e dalla poliassunzione in combinazione delle stesse, ci sono i comportamenti compulsivi ed additivi.

Un obiettivo, quello del contenimento della domanda, che deve far ricorso a tutte le opzioni disponibili in base alle conoscenze scientifiche più avanzate e che si deve prefiggere risultati concreti e accertabili.

Una gamma di competenze che intendo affrontare in tutta la loro complessità, puntando alla integrazione, ed alla continuità d'azione per ottenere quel valore aggiunto che solo una strategia globale può dare.

Competenze che abbiamo posto alla base del nostro piano d'azione per il 2008 e che, in termini più operativi, pur all'interno della più ampia strategia governativa, punta a:

- rimettere in moto il sistema dei servizi, sia pubblici che privati, che stanno attraversando un periodo di grande difficoltà ed affanno, anche per l'abbandono in cui sono stati lasciati negli anni precedenti;
- ripensare e rilanciare le strategie della prevenzione, assumendo il progetto "Guadagnare Salute" come cornice quadro entro cui sviluppare le iniziative specifiche;
- puntare ad una forte integrazione, sia tra soggetti istituzionali (governo, regioni, enti locali) che tra questi ed il Privato sociale;
- assumere tutto il tema delle dipendenze (da sostanze illegali e legali, da comportamenti compulsivi) come terreno di azio-

ne globale sia per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi (i dipartimenti per le dipendenze patologiche) sia per gli interventi di prevenzione;

- porre la tutela della salute dei tossicodipendenti (riduzione dei rischi) come intervento ordinario di politica sanitaria;
- aprire una stagione di una mobilitazione culturale per accompagnare un approccio al tema delle droghe illegali e delle tossicodipendenze verso politiche di accoglienza, inclusione, responsabilizzazione.

Per rendere effettiva tale volontà di coinvolgimento del Ministero della Salute, oltre al grande impegno dei dirigenti e collaboratori coinvolti (Guido Ditta, Giovanni Nicoletti, Teresa di Fiandra, Pietro Canuzzi, Daniela Galeone, Sebastiana Pala) nel corso del 2006 siamo riusciti anche a mettere in campo risorse del CCM quale volano per promuovere un impegno più forte e risorse aggiuntive da parte di Regioni, Enti Locali, Privato Sociale accreditato.

Una operazione che si è tradotta in uno sforzo economico di 1.230.000 € che sono già stati utilmente destinati agli obiettivi che ci eravamo proposti:

- 490.000 € per il progetto "Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi" in capo alla Regione Emilia Romagna;
- 490.000 € per il progetto "Utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso" con regione capofila la Toscana;
- 250.000 € per supportare l'implementazione del SIND in tutte le regioni.

Un intervento che non solo mette in campo risorse, ma vuole contribuire a valorizzare buone pratiche ed una cultura della valutazione in ogni azione di prevenzione.

Per chiudere questa carrellata non vanno poi dimenticati il milione di euro destinato alla campagna informativa sulle droghe illegali (che sta partendo in collaborazione con il Ministero della Solidarietà Sociale) ed il milione di euro affidato all'ISS per la formazione dei MMG.

Rispetto alle domande che mi avete puntualmente posto invitandomi a questo vostro Congresso, in primo luogo non posso che confermare l'impegno del nostro Ministero sul versante della ricerca: sta per uscire il bando sulla ricerca sanitaria finalizzata, e per il secondo anno consecutivo il tema delle Tossicodipendenze rientra tra i temi su cui Regioni ed Istituzioni sanitarie pubbliche possono proporre di sviluppare ricerca e conoscenza in materia.

Per quanto riguarda la disparità di trattamento da regione a regione, è mia ferma intenzione, dopo la revisione dei LEA, esercitare tutte le prerogative che dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, nella logica della sussidiarietà, la norma pone in capo all'azione del governo centrale: vigilare perché ciò che si è concordato in sede di Conferenza Stato/Regioni sia poi effettivamente attuato nei singoli territori.

Sulla forte integrazione tra servizi pubblici e privato sociale, ho già ricordato come questo sia anche l'obiettivo del nostro ministero, perché una risposta articolata e personalizzata alla domanda di aiuto delle persone dipendenti si può avere solo dentro un sistema "a rete" di tutti i percorsi e di tutte le competenze.

Su un diverso clima culturale nel paese non posso che ribadire quanto già detto: è l'unica premessa possibile per un vero processo di cambiamento ed è indubbio che non solo siete una risorsa fondamentale, ma che, più che parlare maggiormente noi dei Ser.T., dobbiamo fare parlare molto di più i Ser.T. ed il sistema di servizi a loro collegato.

Ancora buon lavoro ed un caro saluto a tutti.

Pino Turco

FeDerSerD e il DM sulla Consegna dei Medicinali nel Trattamento degli Stati di Tossicodipendenza da Oppiacei

FeDerSerD intende nel corso dell'anno 2008 sviluppare ulteriormente la mission di servizio verso il sistema professionale di intervento sulle dipendenze in Italia. Il 3 gennaio 2008, durante la riunione a Milano dell'Ufficio di presidenza nazionale, abbiamo deciso di costituire un **Gruppo di lavoro permanente** che possa seguire l'evolversi delle norme, decreti, procedure e strumenti operativi che interessano i Servizi.

Come primo atto, all'interno di un lavoro in progress, abbiamo pensato di fornire (dopo una attenta analisi dello stato dell'arte nei Servizi) alcuni strumenti, flessibili ed adattabili alle realtà decentrate, applicativi del Decreto Ministero della Salute 16.11.07 - Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.07, in tema di Consegna Medicinali nel Trattamento degli Stati di Tossicodipendenza da Oppiacei.

Un decreto importante, innovativo, di spessore culturale e di riconoscimento clinico per i Ser.T. Proponiamo quindi: testo del decreto, schema di Piano Terapeutico, modello dichiarazione delega, elementi di comparazione della legislazione specifica.

Il Gruppo di lavoro di FeDerSerD è composto da Raffaele Lovaste, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini e Claudio Leonardi, professionisti a voi noti, che sono a disposizione per questa attività.

Alfio Lucchini - Presidente nazionale



Il Ministro della Salute

Decreto ministeriale:

Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento.

II MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, recante il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito indicato come "Testo Unico";

Tenuto conto che il Testo Unico non contempla norme relative alla consegna ai pazienti dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate presso le quali i pazienti stessi sono in cura;

Visto l'articolo 43, commi 2 e 5 del Testo Unico, concernente "Obblighi dei medici chirurgi e dei medici veterinari" con cui si vengono dettate le norme relative alla prescrizione dei medicinali inseriti in tabella II sezione A;

Visto il decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per la tossicodipendenza da istituire presso le unità sanitarie locali, e in particolare l'art. 3, comma 2;

Ravvisata la necessità di individuare specifiche procedure per la consegna dei medicinali direttamente dalle strutture pubbliche o private autorizzate a pazienti individuati preventivamente dalle specifiche figure professionali abilitate, al fine di razionalizzare il servizio di prevenzione, cura e riabilitazione;

Acquisito il parere favorevole espresso, ai sensi del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, art. 2; dalla Conferenza perma-

nente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 18 ottobre 2007;

Considerato che la prescrizione di medicinali compresi nella tabella II, sezione A di cui agli articoli 13 e 14 del Testo Unico, qualora utilizzati nel trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei, è effettuata nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata;

DECRETA

Articolo 1

1. La prescrizione di medicinali compresi nella tabella II, sezione A, per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata all'interno del piano terapeutico individualizzato di cui all'articolo 43, comma 5 del Testo Unico.
2. Il piano terapeutico, di durata non superiore a novanta giorni, è redatto in due copie, entrambe originali, una delle quali deve rimanere presso il servizio di cura mentre l'altra deve essere in possesso del paziente.
3. Nel corso di validità del piano terapeutico, il dosaggio del medicinale prescritto può essere modificato ed ogni nuova consegna è subordinata all'aggiornamento o modifica del piano terapeutico convalidato con la data e la firma di un medico del servizio di cura.
4. È consentita la consegna di medicinali di cui al comma 1 da parte del Servizio di cura, per una durata non superiore a trenta giorni, direttamente al paziente, al fine di agevolare l'aderenza al trattamento, in confezioni regolarmente autorizzate. Nel caso di persona minore, il medicinale è consegnato a chi esercita la patria potestà.
5. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 44, comma 1 del Testo Unico, è consentita la consegna dei medicinali di cui al comma 1 ad un familiare o ad altra persona maggiorenne, munita di delega scritta del paziente che non può recarsi per-

sonalmente presso il servizio di cura. Tale impedimento deve essere dimostrato da opportuna certificazione scritta ai sensi delle norme di legge vigenti.

6. Il paziente o la persona da lui delegata a ritirare il medicinale, deve firmare una dichiarazione di presa visione del foglietto illustrativo con la quale si impegna altresì a custodire il medicinale in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici.

Articolo 2

1. La prescrizione di cui all'art. 1, comma 1, è effettuata dal medico, il quale può anche avvalersi di altri operatori cointeressati al trattamento del paziente, al fine di valutare l'affidabilità del medesimo e della sua rete di sostegno familiare e sociale.
2. Ai fini del monitoraggio della terapia il servizio di cura adotta i controlli clinici e le valutazioni socio-sanitarie che ritiene necessari ed opportuni per ogni singolo caso.
3. Resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale, sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura, e la dispensazione dei medicinali sostitutivi da parte delle farmacie.

4. Il paziente o la persona da lui delegata, è autorizzato a trasportare dalla sede di dispensazione al proprio domicilio od al luogo di ordinaria dimora per motivi di lavoro, studio od impegni personali, i medicinali di cui all'articolo 1, comma 1, accompagnati dal piano terapeutico di cui allo stesso articolo 1, comma 1.
5. È autorizzato, altresì, il trattamento a domicilio del paziente nei casi previsti dal decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.
6. Le previsioni del presente decreto si applicano anche ai pazienti ospiti di comunità terapeutiche in carico presso un servizio pubblico per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Articolo 3

1. Il presente decreto entra in vigore il trentesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 16 novembre 2007

Il Ministro
Turco

Logo azienda + Intestazione Ser.T.

Consegna Medicinali Trattamento Stati Tossicodipendenza Decreto Ministero della Salute 16.11.07 - Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.07

PIANO TERAPEUTICO (*)

MEDICO PRESCRITTORE (Nome e Cognome)

SI CERTIFICA CHE IL SIG./RA

Nome e Cognome Affidatario/a

Codice fiscale

Indirizzo Custodia del Farmaco

Tel

DIAGNOSI: Tossicodipendenza da oppiacei in trattamento con agonisti

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA ()**

PER AFFIDAMENTO DIRETTO DA PARTE DI CODESTO SERVIZIO PRESCRITTORE
PER PRESCRIZIONE DIRETTA DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

SÌ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

METADONE CLORIDRATO x OS

POSOLOGIA ____mg/die SCALA ____mg/die SCALA ____mg/ogni ____gg.

SUBUTEX compresse x OS

POSOLOGIA ____mg/die SCALA ____mg/die SCALA ____mg/ogni ____gg.

Prima Prescrizione Piano Terapeutico dal

Prosecuzione Piano Terapeutico (motivo)

dal

(*) Il presente piano terapeutico ha una durata di novanta giorni e dovrà essere redatto in duplice copia, firmata in originale, di cui una depositata agli atti ed una consegnata all'affidatario o suo delegato.

(**) Ogni modifica relativa alla terapia prescritta e riportata sul presente piano terapeutico, determinerà la stesura di un nuovo piano terapeutico.

REGOLAMENTO PER CONSEGNA TERAPIA

1. L'affidatario o il suo delegato dichiara di aver preso visione del foglietto illustrativo del farmaco stupefacente prescritto ed affidato secondo il piano terapeutico di cui sopra e di averlo compreso.
2. L'affidatario si impegna a rispettare i dosaggi e le modalità di assunzione del farmaco consegnato secondo le indicazioni fornite dal medico nel presente piano terapeutico.
3. Dichiara di impegnarsi a custodire il farmaco consegnato in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici e di aver verificato che le dosi affidate siano corrispondenti a quelle trascritte sulle etichette applicate sulle confezioni consegnate. Tale verifica dovrà essere ripetuta ad ogni consegna del farmaco affidato e già prescritto nel presente piano terapeutico.
4. Dichiara di aver compreso di essere autorizzato al trasporto del farmaco solo per il tragitto compreso fra la sede di dispensazione ed il proprio domicilio, ovvero al luogo di ordinaria dimora ove diverso dal domicilio dichiarato.
5. Dichiara, inoltre, di essere stato informato dagli operatori del Ser.T. sull'obbligo di avere sempre con sé copia originale del piano terapeutico quando riceve e trasporta il farmaco affidato dalla sede di dispensazione al proprio domicilio.

Il presente Piano Terapeutico viene consegnato all'Affidatario

Il presente Piano Terapeutico viene consegnato al suo Delegato per i seguenti motivi:

(***)

AREA DELEGATO/A

Nome e Cognome Delegato/a

Luogo e Data Nascita Delegato/a

Documento Delegato/a n.

Firma dell'Affidatario Firma del Delegato Timbro e Firma del Medico Prescrittore

.....

Data

NOTE AGGIUNTIVE

.....

Firma dell'Affidatario Firma del Delegato Timbro e Firma del Medico Prescrittore

.....

Data

(***) In caso di consegna ad un delegato dell'affidatario sarà necessario porre agli atti relativa certificazione attestante il motivo della delega.

Al Direttore/Responsabile

Ser.T.
di

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a
(cognome) (nome)

nato/a a (.....)
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

il Tel.

e residente a (.....)
(comune di residenza) (prov.)

in n.
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- a) di essere nato/a a (.....) il
- b) di essere residente
- c) di essere cittadino italiano (oppure)
- d) di essere in trattamento medico-farmacologico integrato presso Codesto Ser.T.

CHIEDE

Ai sensi del Decreto Ministero della Salute del 16.11.07, al Direttore/Responsabile di Codesto Ser.T. che il trattamento farmacologico con agonisti venga affidato al Sig.

.....
(cognome) (nome)

nato/a a (.....)
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

il Tel.

e residente a (.....)
(comune di residenza) (prov.)

in n.

essendo il dichiarante impossibilitato per i seguenti motivi

.....
.....
.....

Luogo e data

Il/La Dichiarante

.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.
Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

NOTE LEGALI DI COMPARAZIONE TRA L'ART. 43 DEL DPR 309/90 ED IL DM 16.11.07

<p align="center">Art. 43 del DPR n. 309 dd. 9.10.1990 e ss.mm.</p> <p align="center"><i>(modificato dall'art. 4 vices ter, comma 13, della L. 49/2006)</i></p>	<p align="center">D.M. 16 novembre 2007</p> <p align="center"><i>Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento.</i></p>
<p align="center">Art. 43. – “Obblighi dei medici chirurghi e dei medici veterinari”</p> <p>1. <u>I medici chirurghi</u> e i medici veterinari prescrivono i medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14, su <u>apposito ricettario approvato con decreto del Ministero della salute.</u></p> <p>2. La prescrizione dei medicinali indicati nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14 può comprendere un solo medicinale per una <u>cura di durata non superiore a trenta giorni, ad eccezione della prescrizione dei medicinali di cui all'allegato III-bis per i quali la ricetta può comprendere fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti per una cura di durata non superiore a trenta giorni.</u></p> <p>3. <u>Nella ricetta devono</u> essere indicati:</p> <p>a) cognome e nome dell'assistito ovvero del proprietario dell'animale ammalato;</p> <p>b) la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione;</p> <p>c) l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata;</p> <p>d) la data e la firma del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata;</p> <p>e) il timbro personale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata.</p> <p>4. Le ricette di cui al comma 1 sono <u>compilate in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal Servizio sanitario nazionale, ed in triplice copia a ricalco per i medicinali forniti dal Servizio sanitario nazionale.</u> Una copia della ricetta è comunque conservata dall'assistito o dal proprietario dell'animale ammalato. Il Ministero della salute stabilisce con proprio decreto la forma ed il contenuto del ricettario di cui al comma 1.</p> <p>5. La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14, <u>qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione</u> dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei o di alcoolodipendenza, è effettuata <u>utilizzando il ricettario di cui al comma 1 nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata</u> ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo. <u>La persona alla quale sono consegnati in affidamento i medicinali di cui al presente comma è tenuta ad esibire a richiesta la prescrizione medica o il piano terapeutico in suo possesso.</u></p> <p>6. I medici chirurghi e i medici veterinari sono autorizzati ad <u>approvvigionarsi attraverso autorizzazione, a trasportare e a detenere i medicinali compresi nell'allegato III-bis per uso professionale urgente, utilizzando il ricettario di cui al comma 1.</u> Una copia della ricetta è conservata dal medico chirurgo o dal medico veterinario che tiene un registro delle prestazioni effettuate, annotandovi le movimentazioni, in entrata ed uscita, dei medicinali di cui si è approvvigionato e che successivamente ha somministrato. <u>Il registro delle prestazioni non è di modello ufficiale e deve essere conservato per due anni</u> a far data dall'ultima registrazione effettuata; le copie delle autorizzazioni sono conservate, come giustificativo dell'entrata, per lo stesso periodo del registro.</p> <p>7. <u>Il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati</u> delle aziende sanitarie locali è <u>autorizzato a consegnare al domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei,</u> le quantità terapeutiche dei medicinali compresi nell'allegato III-bis accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare.</p> <p>8. Gli <u>infermieri professionali</u> che effettuano servizi di assistenza domiciliare <u>nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali</u> e i <u>familiari dei pazienti,</u> opportunamente identificati dal medico o dal farmacista che ivi effettuano servizio, <u>sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei medicinali compresi nell'allegato III-bis accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei.</u></p> <p>9. La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezioni B, C e D, di cui all'articolo 14 è effettuata con ricetta da rinnovarsi volta per volta e da trattarsi da parte del farmacista.</p> <p>10. La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione E, di cui all'articolo 14 è effettuata con ricetta medica”.</p>	<p>Premesso che:</p> <p>(...) <u>il testo unico non contempla norme relative alla consegna ai pazienti dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei</u> da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate presso le quali i pazienti stessi sono in cura;</p> <p>(...) la prescrizione di medicinali compresi nella tabella II, sezione A di cui agli articoli 13 e 14 del testo unico, qualora utilizzati nel trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei, è effettuata nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata; (...)</p> <p align="center">testo decreto</p> <p>1. 1. La <u>prescrizione di medicinali</u> compresi nella tabella II, sezione A, per il trattamento degli stati di tossicodipendenza <u>da oppiacei</u> deve essere effettuata <u>all'interno del piano terapeutico individualizzato di cui all'art. 43, comma 5 del testo unico.</u></p> <p>2. Il <u>piano terapeutico, di durata non superiore a novanta giorni, è redatto in due copie, entrambe originali, una delle quali deve rimanere presso il servizio di cura mentre l'altra deve essere in possesso del paziente.</u></p> <p>3. <u>Nel corso di validità del piano terapeutico, il dosaggio del medicinale prescritto può essere modificato ed ogni nuova consegna è subordinata all'aggiornamento o modifica del piano terapeutico convalidato con la data e la firma di un medico del servizio di cura.</u></p> <p>4. È consentita la consegna di medicinali di cui al comma 1 da parte del servizio di cura, <u>per una durata non superiore a trenta giorni, direttamente al paziente,</u> al fine di agevolare l'aderenza al trattamento, in confezioni regolarmente autorizzate. Nel caso di persona minore, il medicinale è consegnato a chi esercita la patria potestà.</p> <p>5. Fermo restando quanto previsto dall'art. 44, comma 1 del testo unico, <u>è consentita la consegna dei medicinali di cui al comma 1 ad un familiare o ad altra persona maggiorenne, munita di delega scritta del paziente</u> che non può recarsi personalmente presso il servizio di cura. Tale impedimento deve essere dimostrato da <u>opportuna certificazione</u> scritta ai sensi delle norme di legge vigenti.</p> <p>6. Il paziente o la persona da lui delegata a ritirare il medicinale, <u>deve firmare una dichiarazione di presa visione del foglietto illustrativo con la quale si impegna altresì a custodire il medicinale in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici.</u></p> <p>2. 1. La <u>prescrizione di cui all'art. 1, comma 1, è effettuata dal medico,</u> il quale può anche avvalersi di altri operatori cointeressati al trattamento del paziente, al fine di valutare l'affidabilità del medesimo e della sua rete di sostegno familiare e sociale.</p> <p>2. Ai fini del monitoraggio della terapia il <u>servizio di cura adotta i controlli clinici e le valutazioni socio-sanitarie che ritiene necessari ed opportuni per ogni singolo caso.</u></p> <p>3. <u>Resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale, sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura, e la dispensazione dei medicinali sostitutivi da parte delle farmacie.</u></p> <p>4. <u>Il paziente o la persona da lui delegata, è autorizzato a trasportare dalla sede di dispensazione al proprio domicilio od al luogo di ordinaria dimora per motivi di lavoro, studio od impegni personali, i medicinali di cui all'art. 1, comma 1, accompagnati dal piano terapeutico di cui allo stesso art. 1, comma 1.</u></p> <p>5. È autorizzato, altresì, il trattamento a domicilio del paziente nei casi previsti dal <u>decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444</u>’.</p> <p>6. Le previsioni del presente decreto si applicano anche ai pazienti ospiti di comunità terapeutiche in carico presso un servizio pubblico per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.</p>

Osservazioni:

Il DM 16.11.2007 prevede una regolamentazione di "dettaglio" (trattasi di normativa speciale perché circoscritta ai "trattamenti degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate") **integrativa** della disciplina "generale" prevista dall'art. 43 del DPR 309/1990 e ss.mm. Ciò premesso, analizzando in modo coordinato le due disposizioni si rileva che:

PRESCRIZIONE - SERVIZIO PUBBLICO:

- la prescrizione di medicinali compresi nella tabella II, sez. A, per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata **all'interno del piano terapeutico individualizzato** (art. 1, comma 1, del DM 16.11.2007);
- nel corso di validità del piano terapeutico (max 90 giorni), il dosaggio del medicinale prescritto può essere modificato ma, in questo caso, la consegna del medicinale è possibile solo a seguito di aggiornamento/modifica del piano terapeutico convalidato/a dal medico del servizio di cura (firma e indicazione della data di variazione) (art. 1, comma 3, del DM 16.11.2007);
- è effettuata dal medico che può avvalersi di altri operatori cointeressati al trattamento del paziente al fine di valutare l'affidabilità del medesimo e della sua rete di sostegno familiare e sociale (art. 2, comma 1, del DM 16.11.2007);
- **resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura e la dispensazione dei medicinali sostitutivi da parte delle farmacie** (art. 2, comma 3, del DM 16.11.2007 - art. 43, commi 1 e 6, del DPR 309/1990 e ss.mm.);

PRESCRIZIONE - MMG:

- **resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura e la dispensazione dei medicinali sostitutivi da parte delle farmacie** (art. 2, comma 3, del DM 16.11.2007 - art. 43, commi 1 e 6, del DPR 309/1990 e ss.mm.);
- la prescrizione dei medicinali indicati nella tabella II, sez. A, può comprendere un solo medicinale per una cura di durata non superiore a trenta giorni ad eccezione della prescrizione dei medicinali di cui all'allegato III-bis per i quali la ricetta può comprendere fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti per una cura di durata non superiore a trenta giorni (art. 43, comma 2, del DPR 309/1990 e ss.mm.);
- nella ricetta devono essere indicati (art. 43, comma 3, del DPR 309/1990 e ss.mm.):
 - cognome/nome assistito;
 - dose prescritta, posologia e modo di somministrazione;
 - indirizzo e numero telefonico professionali del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
 - data e firma del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;

- timbro personale del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
- le ricette (su ricettario approvato dal Ministero della Salute²) sono compilate in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal SSR ed in triplice copia a ricalco per i medicinali forniti dal SSR. Una copia della ricetta è conservata dall'assistito (art. 43, commi 4 e 5, del DPR 309/1990 e ss.mm.);
- la prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sez. A, qualora utilizzati per il trattamento **di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei** o di alcoolodipendenza, è effettuata **utilizzando il ricettario appositamente** approvato con decreto del Ministero della Salute (cfr. nota 2) **nel rispetto del piano terapeutico predisposto** struttura privata autorizzata (art. 43, commi 1 e 5, del DPR 309/1990 e ss.mm.);

PIANO TERAPEUTICO:

- deve avere una durata **non superiore a novanta giorni** (art. 1, comma 2, del DM 16.11.2007);
- deve essere redatto in **due copie, entrambe originali, una delle quali** deve rimanere presso il servizio di cura mentre l'altra **deve essere in possesso del paziente** (art. 1, comma 2, del DM 16.11.2007 - art. 43, comma 5, del DPR 309/1990 e ss.mm.);

PROCEDURA (consegna da parte di strutture pubbliche dei medicinali per trattamento stati di tossicodipendenza da oppiacei):

- il **servizio di cura** può consegnare direttamente al paziente (nel caso di minore a chi esercita la patria potestà in parziale deroga al divieto previsto dall'art. 44, comma 1, del DPR 309/1990 e ss.mm.) i medicinali compresi nella tabella II, sez. A, per un "ciclo" di trattamento di durata non superiore a trenta giorni (art. 1, comma 4, del DM 16.11.2007 - art. 43, comma 2, del DPR 309/1990 e ss.mm.);
- il **servizio di cura**, fermo restando il divieto di consegna a persona manifestamente inferma di mente (art. 44, comma 1, del DPR 309/1990 e ss.mm.), può consegnare i medicinali d'interesse ad un familiare o ad altra persona maggiorenne, munita di delega scritta del paziente che non può recarsi personalmente presso il servizio di cura. Tale impedimento deve essere certificato "*ai sensi delle norme di legge vigenti*"; (art. 1, comma 5, del DM 16.11.2007);
- il paziente o la persona da lui delegata a ritirare il medicinale deve firmare una dichiarazione di presa visione del foglietto illustrativo e di impegno a custodire il medicinale in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici (art. 1, comma 6, del DM 16.11.2007);
- il **servizio di cura** adotta i controlli clinici e le valutazioni socio-sanitarie che ritiene necessari/opportuni per ogni singolo caso al fine del monitoraggio della terapia (art. 2, comma 2, del DM 16.11.2007);
- **resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura e la dispensazione dei medicinali sostitutivi da parte delle farmacie** (art. 2, comma 3, del DM 16.11.2007);

1. Cfr. **art. 3, comma 2, del DM n. 444 dd. 30.11.1990** - "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali".

2. **DM 10 marzo 2006** - "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A e all'allegato III-bis al DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, come modificato dal DL 30 dicembre 2005, n. 272, convertito, con modificazioni, dalla L. 21 febbraio 2006, n. 49".

- il paziente o la persona da lui delegata è autorizzato a trasportare dalla sede di dispensazione al proprio domicilio od al luogo di ordinaria dimora i medicinali d'interesse purchè siano "accompagnati" dal piano terapeutico (art. 1, comma 2, e art. 2, comma 4, del DM 16.11.2007 - art. 43, comma 5, del DPR 309/1990 e ss.mm.);
- è autorizzato il trattamento a domicilio del paziente nei casi previsti dall'art. 3, comma 2, del DM 30.11.1990 n. 444 (art. 2, comma 5, del DM 16.11.2007 - deroga rispetto

alla previsione di cui all'art. 43, commi 7 e 8, del DPR 309/1990 e ss.mm.);

- la procedura è applicabile anche ai pazienti ospiti di comunità terapeutiche in carico presso un servizio pubblico per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza (art. 2, comma 6, del DM 16.11.2007).

Per gentile concessione della **dott.ssa Daniela Zaro - Ufficio Legale - ASS1 Triestina**

NOTIZIE IN BREVE



CEREF - Centro Ricerca e Formazione

Via Udine 6 - Padova - e-mail: formazione@ceref.it - sito: www.ceref.it

CORSI CLINICA DELLE DIPENDENZE - ANNO 2008

30-31 maggio

POLIABUSO: Inquadramento e Trattamento

Docenti: dr. Ezio Manzato e dr. Felice Nava
ECM richiesti per Medici e Psicologi
Costo: € 200,00 + IVA (se dovuta)

Il corso si propone di inquadrare il fenomeno del poliabuso dal punto di vista neurobiologico e clinico e fornire gli strumenti più moderni per la valutazione ed il trattamento sia farmacologico che comportamentale dei policonsumatori di sostanze.

2 ottobre

RICONOSCIMENTO e GESTIONE del CONSUMATORE di SOSTANZE: valutazione, primo intervento e presa in carico

Docente: dr. Felice Nava
ECM richiesti per Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Educatori Professionali, Ostetriche
Costo: € 150,00 + IVA (se dovuta)

Il corso ha l'obiettivo primario di fornire agli operatori sanitari professionali non medici gli elementi di base della clinica delle dipendenze e gli strumenti operativi per permettere di lavorare con il paziente consumatore di sostanze sia nelle strutture ospedaliere che territoriali anche specialistiche.

23-24-25 ottobre

La CLINICA del COCAINISMO: Meccanismi Neurobiologici e Strumenti di Valutazione per il Trattamento

Docenti: dr. Felice Nava e dr.ssa Claudia Passudetti
ECM richiesti per Medici e Psicologi
Costo: € 350,00 + IVA (se dovuta)

Il corso presenta in maniera aggiornata e completa i meccanismi neurobiologici alla base del cocainismo e gli elementi indispensabili per la valutazione e la scelta dei trattamenti.

14-15 novembre

ALCOLISMO: Nuovi Scenari fra POLIABUSO e PSICOPATOLOGIA

Docenti: dr. Ezio Manzato e dr. Felice Nava
ECM richiesti per Medici e Psicologi
Costo: € 250,00 + IVA (se dovuta)

Il corso rivisita la malattia alcolica in base a nuovi scenari rappresentati dal fenomeno del poliabuso e della doppia diagnosi approfondendo lo studio dei più moderni ed efficaci percorsi diagnostici e di trattamento.

20-21-22 novembre

La CLINICA del COCAINISMO: Trattamento Farmacologico, Terapia Cognitivo-Comportamentale e Prevenzione delle Ricadute

Docenti: dr. Felice Nava e dr.ssa Claudia Passudetti
ECM Richiesti per Medici e Psicologi
Costo: € 350,00 + IVA (se dovuta)

Il corso propone sulla base delle più moderne evidenze scientifiche i più efficaci trattamenti per il cocainismo con una enfasi speciale ai principi di trattamento farmacologico, alle strategie d'intervento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale e di prevenzione delle ricadute.

**Maggiori informazioni e i programmi dettagliati sul sito:
www.ceref.it**

Analisi della soddisfazione degli utenti dei Ser.T. della città di Bologna in trattamento con metadone

Raimondo Maria Pavarin*, Piero De Marco**, Claudio Comaschi***

SUMMARY

■ *This paper shows the results of a study about satisfaction of methadone treatment clients followed by public treatment centers (SerT) in Bologna. A plained interview as a questinonary, with compilation assisted by a researcher, was employed to measure.*

Overall clients are in particular satisfied by the relationship with operators and by their availability. Waiting room and privacy (probability to be recognized as heroin user) are critical points. Multivariate analysis, counting sex, employment, education, age, duration of contact with Sert, duration methadone treatment, shows greater satisfaction among Methadone Unità Mobile clients. Further particular caratheristics correlated with satisfaction are not displayed by repeating analysis for Unità Mobile. ■

Keywords: *customer satisfaction, methadone treatment, evaluation.*

Parole chiave: *customer satisfaction, trattamento con metadone, valutazione.*

Introduzione

Nella città di Bologna si registra un flusso giornaliero di oltre 300 soggetti che vengono trattati con metadone.

Il farmaco viene somministrato in tre punti fissi (ambulatorio all'interno dell'Ospedale S. Orsola, ambulatorio nei pressi dell'Ospedale Maggiore, Ser.T. di via Gorky) e dall'Unità Mobile Metadone (pulmino attrezzato con 4 fermate predefinite nell'area urbana).

Il servizio funziona sette giorni su sette (escluso Ser.T. Gorky che rimane chiuso la domenica) con un numero medio di 29 ore di apertura settimanale.

Complessivamente vengono impiegati 27 infermieri professionali e 17 medici, con la presenza di due IP ed un medico per turno.

I quattro punti di erogazione del metadone hanno caratteristiche tra loro diverse: l'Unità Mobile eroga il servizio con l'utilizzo di un pulmino attrezzato in quattro punti fissi, non effettua affidi, l'equipe che somministra il farmaco cura anche la presa in carico e le problematiche a ciò connesse; al Ser.T. Gorky il metadone viene somministrato all'interno dei locali del servizio e vi accedono i residenti del quartiere Navile; l'ambulatorio collocato all'interno dell'Ospedale S. Orsola è di riferimento per gli utenti del Ser.T. Est e vi accedono i residenti dei quartieri San Donato e Savena; l'ambulatorio di Borgo Reno è collocato presso una struttura prefabbricata posta nei pressi dell'Ospedale Maggiore, è di riferimento per gli utenti del Ser.T. Nord e vi accedono i residenti dei quartieri Porto Saragozza e Borgo Reno.

* *Responsabile Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna.*

** *Responsabile Ser.T. Ovest AUSL Bologna.*

*** *Responsabile Ser.T. Est AUSL Bologna.*

Questo articolo intende condividere uno strumento di verifica adottato nel 2003 dall'unità operativa complessa Ser.T. di Bologna. Detto strumento ha contribuito nella scelta delle decisioni successivamente prese per migliorare l'assetto del servizio, a orientare i cambiamenti logistici ed organizzativo strutturali da allora avvenuti nella nostra unità operativa.

Materiali e metodi

Per individuare gli indicatori utili a monitorare la soddisfazione degli utenti è stato effettuato un focus group [1] con un gruppo di operatori (Psicologa, Assistente Sanitaria, Infermiera Professionale). Dalla discussione è emersa una lista di indicatori (ubicazione servizi, privacy, spazi, tempi attesa, orari apertura, rapporto con gli operatori) su cui sono stati costruiti 14 items. Per gli studi di fattibilità, di riproducibilità e per le interviste sono stati utilizzati due ricercatori (una sociologa ed un utente in borsa lavoro). I questionari sono stati proposti ai soggetti che si sono rivolti ai servizi durante l'orario di apertura nell'intero arco della giornata. Le analisi sono state effettuate con STATA 8.0.

Il questionario

Il questionario è strutturato su 20 items, di cui 7 relativi alle caratteristiche del soggetto con risposta predefinita (età, sesso, titolo di studio, condizione professionale) ed al rapporto col servizio (anno presa in carico, anno inizio trattamento con metadone), 12 relativi alle dimensioni della soddisfazione (ubicazione servizi, privacy, spazi, tempi attesa, orari apertura, rapporto con gli operatori) ed uno sulla soddisfazione complessiva.

Gli items relativi alla soddisfazione prevedono una risposta predefinita su un punteggio da 1 (poco soddisfatto) a 5 (molto soddisfatto).

Analisi della fattibilità

Per valutare la "fattibilità" sono stati intervistati 20 soggetti e i due intervistatori hanno dato un giudizio (1 = difficile, 5 = facile) sulla comprensione e sulla facilità di ottenimento della risposta per ogni item. L'item relativo agli "spazi di erogazione dei servizi" è stato eliminato in quanto di difficile comprensione per l'utente. L'item relativo alla "tutela della privacy fuori dall'ambulatorio" risultava ambiguo ed è stato modificato in "possibilità di essere riconosciuto come tossicodipendente fuori dall'ambulatorio". Tutti gli altri items sono risultati di facile comprensione e non era difficile ottenere risposte.

Analisi della riproducibilità

Per valutare l'"effetto intervistatore" 11 soggetti sono stati intervistati in successione dai due ricercatori. Come misura di associazione è stato utilizzato il test kappa pesato [2]. A titolo di esempio si riporta l'Item "tutela della privacy all'interno del servizio".

Intervistatore A ▼	Intervistatore B ►					Tot
	1	2	3	4	5	
1	3	2	1	0	0	6
2	1	1	1	1	0	4
3	1	0	0	0	0	1
Tot	5	3	2	1	0	11

Dove l'intervistatore A aveva ricevuto il punteggio 1, tale valutazione concordava con la risposta ottenuta dall'intervistatore B solo per 3 soggetti su 6, al punteggio 2 vi era accordo solo per 1 soggetto su 4, al punteggio 3 in nessuno. In questo caso il valore del test era negativo ($kappa < 0.50$) e si notava un "effetto intervistatore". Il test kappa è risultato negativo (ma non in modo statisticamente significativo) negli items relativi agli "spazi di

attesa", "tutela della privacy all'interno del servizio", "rapporto con gli operatori" (Tabella 1).

Scelta del metodo di somministrazione

Successivamente è stata valutata la concordanza delle risposte dello stesso soggetto all'intervista ed al questionario auto somministrato. Ogni soggetto è stato intervistato e successivamente ha compilato il questionario. In tale modo si voleva valutare se intervista e questionario ricevevano lo stesso tipo di risposte. A tale studio hanno partecipato 18 soggetti.

Il valore del test è risultato negativo ($kappa = 0.42$) in modo statisticamente significativo nell'item "quanto è soddisfatto complessivamente del servizio che le viene offerto", in modo non statisticamente significativo negli items "tutela privacy all'interno del servizio" ($kappa = 0.25$) e "tempi di attesa per la prestazione" ($kappa = 0.27$). I risultati dei test hanno evidenziato (per alcuni items) da una parte una diversità di risposte a intervistatori diversi, dall'altra risposte diverse tra intervista e questionario auto compilato. Per evitare i problemi di risposte non sincere nel "faccia a faccia" e per ridurre le difficoltà di comprensione del questionario auto compilato, si è ritenuto opportuno procedere con questionari auto compilati dagli utenti con l'eventuale assistenza (se richiesta) del ricercatore.

Risultati

Il questionario è stato proposto a 147 soggetti e 116 hanno collaborato. I rifiuti sono stati complessivamente il 21.1%: 40% Ser.T. Navile, 21.4% Ambulatorio Ospedale S. Orsola, 18.5% Unità Mobile, 16.7% Ambulatorio Borgo Reno.

Caratteristiche dei soggetti

L'età media dei rispondenti è di 33.5 anni, il 77% sono maschi, il 51% ha il diploma di scuola media superiore, il 47% lavora, il 10% studia, la durata media di contatto col Ser.T. è di 6.1 anni, il trattamento con metadone dura mediamente da 4.8 anni.

Tab. 1 - Lista indicatori, analisi riproducibilità e fattibilità

	Riproducibilità		Fattibilità	Dev. std
	Effetto intervistatore Kappa (*)	Intervista/questionario Kappa (*)	Intervista/questionario	
2.1 Distanza tra ambulatorio e abitazione	0.93	0.84	4.65	0.59
2.2 Tempo impiegato per raggiungere l'ambulatorio	0.67	0.67	4.50	0.69
2.3 Collegamento dei mezzi pubblici con l'ambulatorio	0.58	0.49	4.70	0.57
3.1 Spazi di attesa (confortevolezza, posti a sedere ampiezza)	0.03	0.56	4.40	0.68
3.2 Spazi di erogazione dei servizi	0.47		3.95	0.83
4.1 Tutela della privacy all'interno del Servizio	0.00	0.25	4.15	0.88
4.2 Tutela della privacy fuori dall'ambulatorio	0.52	0.54	4.00	0.79
5.1 Tempi di attesa per la prestazione	0.70	0.27	4.45	0.76
5.2 Orari di apertura del Servizio	0.75	0.56	4.45	0.83
6.1 Tempo che le dedicano gli operatori	0.94	0.50	4.35	0.81
6.2 Informazioni ricevute	0.61	0.56	4.45	0.76
6.3 Disponibilità personale degli operatori	0.61	0.59	4.55	0.76
6.4 Rapporto con gli operatori	0.05	0.55	4.55	0.76
7 Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio che le viene offerto	0.52	0.42	4.35	0.75

(*) Kappa - valore soglia > 0.50

Tab. 2 - Caratteristiche soggetti intervistati

		U. Mobile		Borgo		S. Orsola		Navile		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sesso	F	12	27.3	4	13.3	6	18.2	5	55.6	27	23.3
	M	32	72.7	26	86.7	27	81.8	4	44.4	89	76.7
Titolo di studio	Media infer.	26	59.1	13	43.3	12	36.4	6	66.7	57	49.1
	Media super.	17	38.6	16	53.3	18	54.5	2	22.2	53	45.7
Lavora	Laurea			1	3.3	2	6.1	1	11.1	4	3.4
	No	35	79.5	10	33.3	11	33.3	4	44.4	60	51.7
Studia	Sì	9	20.5	19	63.3	21	63.6	5	55.6	54	46.6
	No	42	95.5	22	73.3	25	75.8	7	77.8	96	82.8
Età Media	Sì	1	2.3	7	23.3	3	9.1	1	11.1	12	10.3
		33.4		35.3		33.1		30.7		33.5	
Durata media Carico al Ser.T. (in anni)		6.1		7.3		5.4		4.9		6.1	
Durata Media Trattamento metadone (in anni)		4.2		6.7		4.2		3.7		4.8	
Totale interviste		44	37.9	30	25.9	33	28.4	9	7.8	116	100.0

Tab. 3 - Punteggi medi

	U. Mobile	Borgo	S. Orsola	Navile	Totale
Soddisfazione media	4.0	3.1	3.4	4.0	3.6
2.1 Distanza tra ambulatorio e abitazione	3.5	3.4	3.9	3.2	3.5
2.2 Tempo impiegato per raggiungere l'ambulatorio	3.2	3.3	3.7	3.3	3.4
2.3 Collegamento dei mezzi pubblici con l'ambulatorio	3.6	2.7	3.9	4.2	3.5
3.1 Spazi di attesa (confortevolezza, posti a sedere ampiezza)	3.4	2.8	2.7	4.0	3.1
4.1 Tutela della privacy all'interno del Servizio	4.4	3.1	3.2	4.8	3.8
4.2 Possibilità di essere riconosciuto come tossicodipendente fuori ambulatorio	3.7	2.2	2.8	4.4	3.2
5.1 Tempi di attesa per la prestazione	4.4	2.7	3.5	4.0	3.7
5.2 Orari di apertura del Servizio	4.1	2.9	3.3	3.4	3.5
6.1 Tempo che le dedicano gli operatori	4.3	3.1	3.3	3.9	3.7
6.2 Informazioni ricevute	4.3	3.2	3.2	4.0	3.7
6.3 Disponibilità personale degli operatori	4.5	3.3	3.5	4.2	3.9
6.4 Rapporto con gli operatori	4.5	3.6	3.8	4.0	4.0
7 Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio che le viene offerto	4.3	3.4	3.3	3.9	3.7

Gli utenti dell'Unità Mobile hanno la scolarità meno elevata, la più alta percentuale di femmine e la più bassa percentuale di studenti e di lavoratori; gli utenti dell'ambulatorio di Borgo Reno la più alta percentuale di maschi e età media, durata media del contatto col SERT e durata media del trattamento con metadone più elevate; gli utenti dell'ambulatorio dell'Ospedale S. Orsola hanno la scolarità più elevata.

La Tabella n. 2 descrive nel dettaglio le caratteristiche dei vari soggetti.

Soddisfazione media

Complessivamente i soggetti appaiono soddisfatti e la media dei punteggi ai vari items si colloca tra i valori 3.1 e 4.0.

Risultano maggiormente soddisfatti gli utenti dell'Unità Mobile, seguiti dal Ser.T. Navile, dall'Ambulatorio Borgo Reno e dall'Ambulatorio Ospedale S. Orsola. La soddisfazione complessiva ha il punteggio medio di 3.7, gli aspetti che maggiormente soddisfano sono il rapporto con gli operatori e, la disponibilità personale degli stessi. I punteggi meno elevati si registrano per

gli spazi di attesa e per la possibilità di essere riconosciuti come tossicodipendenti all'esterno (Tabella 3).

Per quanto riguarda i singoli servizi, si notano come punti critici all'Ambulatorio dell'Ospedale S. Orsola gli spazi di attesa e la possibilità di essere riconosciuto come tossicodipendente all'esterno; all'ambulatorio Borgo Reno la possibilità di essere riconosciuto come tossicodipendente all'esterno, i tempi di attesa per la prestazione, il collegamento coi mezzi pubblici, gli spazi di attesa e gli orari di apertura del servizio (Tabella 3).

Analisi multivariata

Per valutare la probabilità di trovare soggetti soddisfatti i punteggi sono stati riclassificati attribuendo il valore 1 (soddisfatto) alle risposte con 4 o 5 ed il valore 0 (non soddisfatto) alle risposte con 1 o 2 o 3 ed è stata effettuata una analisi multivariata utilizzando la regressione logistica [3].

In tale modello i risultati sono stati aggiustati per sesso, condizione professionale, titolo di studio, età, durata del contatto col Ser.T. e durata del trattamento con metadone (Tabella 4).

Tab. 4 - Probabilità di trovare soggetti soddisfatti - analisi multivariata - OR*

	Maschi	Lavora	Studia	Media inf.	Età < media	In carico >=2000	Metadone >=2000	Unità mobile	Borgo	S. Orsola	Navile
2.1 Distanza tra ambulatorio e abitazione	3.80	1.49	1.66	2.12	0.85	2.31	0.45	1	1.20	1.84	0.33
2.2 Tempo impiegato per raggiungere l'ambulatorio	3.00	1.58	1.94	1.36	0.50	1.03	0.68	1	1.23	1.72	0.40
2.3 Collegamento dei mezzi pubblici con l'ambulatorio	1.09	1.22	2.91	2.36	1.72	1.40	0.57	1	0.24	2.61	0.89
3.1 Spazi di attesa (confortevolezza, posti a sedere ampiezza)	3.38	0.63	0.90	1.18	0.56	1.66	0.80	1	0.72	0.58	2.88
4.1 Tutela della privacy all'interno del Servizio	0.76	0.44	0.52	1.89	1.02	1.10	1.81	1	0.41	0.50	
4.2 Possibilità di essere riconosciuto come tossicodipendente	1.38	0.38	0.33	1.49	0.66	1.27	0.91	1	0.21	0.78	2.62
5.1 Tempi di attesa per la prestazione	1.34	1.37	1.15	1.61	0.52	0.44	1.51	1	0.06	0.28	0.38
5.2 Orari di apertura del Servizio	1.30	1.29	1.45	3.27	0.84	1.63	0.44	1	0.16	0.25	0.26
6.1 Tempo che le dedicano gli operatori	1.60	3.26	0.36	1.06	0.49	1.40	1.24	1	0.13	0.12	0.37
6.2 Informazioni ricevute	1.37	2.29	0.55	2.24	0.44	1.31	1.16	1	0.10	0.07	0.24
6.3 Disponibilità personale degli operatori	0.63	3.58	0.42	1.55	0.51	0.40	2.13	1	0.06	0.06	0.11
6.4 Rapporto con gli operatori	2.33	2.25	0.57	1.40	0.81	1.56	0.69	1	0.12	0.17	0.22
7 Quanto è soddisfatto complessivamente	1.24	1.02	0.72	1.17	0.50	0.64	1.75	1	0.18	0.16	0.18
Media complessiva	3.02	1.84	1.89	1.58	0.82	1.36	0.65	1	0.08	0.14	0.38
Media complessiva Unità Mobile	3.39	0.34		0.83	0.85	0.55	1.45				

(*) I dati evidenziati in grassetto risultano statisticamente significativi al 95%

Rispetto alla soddisfazione complessiva ed alla soddisfazione media è molto probabile (in modo statisticamente significativo) trovare soggetti "soddisfatti" tra gli utenti dell'Unità Mobile. Ripetendo l'analisi solo per l'Unità Mobile, non si evidenziano caratteristiche particolari degli utenti correlate alla soddisfazione.

Conclusioni

Complessivamente i soggetti appaiono soddisfatti, in particolare del rapporto con gli operatori e della loro disponibilità. I punti critici riguardano gli spazi di attesa e la possibilità di essere riconosciuti come tossicodipendenti all'esterno della struttura.

Si evidenzia come il livello di soddisfazione sia maggiore tra gli utenti del servizio più precario e con utenti più problematici, ma strutturato in modo più flessibile. Tale soddisfazione inoltre non risulta correlata con le caratteristiche degli utenti.

Bibliografia

1. G. Bertin, *Decidere nel pubblico*, Etas libri, Milano, 1989 p. 101-103.
2. B.K. Armstrong, E. White, R. Saracci, *Principles of exposure measurement in epidemiology*, Oxford University Press, 1992 p. 96-198.
3. E. Vittinghoff, D. Glidden, S.C. Shiboski, C.E. Mc Culloch, "Regression methods in biostatistics", *Springer Science Business, Inc.*, 2005, p. 157-175.

Azienda Notte: una ricerca

Azienda Notte, progetto finanziato dall'Iniziativa Comunitaria Equal presentato nel numero 21/07 di Mission, ha inteso esplorare le potenzialità di sviluppo imprenditoriali nel mondo della notte coniugati ad una attenzione a quegli aspetti di consapevolezza del consumo e del divertimento, in 5 diversi territori (Varese, Roma, Costa Abruzzese, Costa Pugliese con punto di riferimento Trani, Area di Milazzo).

Presupposto della realizzazione delle azioni è stata la realizzazione di un'azione articolata di ricerca, che ha inteso esplorare sia gli aspetti psico-sociali di chi frequenta il mondo della notte, sia l'ambito economico e imprenditoriale sul quale insiste il sistema che si occupa di notte e divertimento.



I risultati della ricerca:

Progetto iniziativa Comunitaria Equal Azienda Notte Codice Nazionale IT-S2- MDL-189

LOGICHE DI IMPRENDITORIALITÀ SOCIALE E SEGMENTI DEL "LOISIR": UNA RICERCA IN 5 TERRITORI ITALIANI

RAPPORTO SINTETICO

A cura di:

Stefano Monellini e Roberto Leonardi
(Impresa a rete Soc. Coop. Soc. ONLUS)

Giulia Erba

(Associazione italiana imprenditori locali da ballo SILB-FIPE)

Emanuela Bernacchia e Corrado Paccassoni

(Consorzio fuori margine cooperative sociali PA)

Le forme dell'intrattenimento e le attività di *loisir* si stanno significativamente diffondendo, moltiplicando e diversificando, non solo a livello di tipologia/formula di intrattenimento, ma anche a livello di distribuzione territoriale.

L'accesso ai luoghi del *loisir* e le modalità dell'*entertainment*, in effetti, non si limitano solo al periodo notturno, ma, tendenzialmente, a tutto l'arco delle 24 ore: le ragioni e le ripercussioni del fenomeno, a livello sociale ed economico, sono tutt'altro che scontate.

La funzione produttiva ed organizzativa del *loisir* si sta quindi dilatando e si va estendendo in aree territoriali dove si afferma-

La ricerca, coordinata dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze, è stata realizzata con la collaborazione dei partners Impresa a Rete, Consorzio Fuori Margine, Silb, l'implementazione e la ricerca territoriale sono state condotte di partners Cooperativa Lotta contro L'Emarginazione e Onlus Nova Consorzio per l'innovazione sociale, attraverso le consociate Cooperativa Oasi2 San Francesco, Cooperativa Parsec, Cooperativa Utopia, e Associazione On The Road.

I PARTNER DEL PROGETTO



no modelli di consumo simbolico che trovano nella creazione di imprese leggere, basate sull'utilizzo di tecnologie *soft*, gli attori più adeguati per produrre le componenti di un nuovo tipo di economia, quella che viene riferita essenzialmente alla sfera delle emozioni e delle esperienze.

Il *loisir* è luogo e spazio di mercati nuovi, di possibilità imprenditoriali, di formazioni innovative, di nuove letture e di scenari di sperimentazione che partono da lontano e che forse è giunto il momento di realizzare e validare.

L'obiettivo della presente pubblicazione è la restituzione dei risultati di una ricerca-intervento, caratterizzata da differenti ambiti di indagini e metodologie, con un accento particolare rispetto al possibile impatto su 5 ambiti territoriali (le province di Roma, Varese, Pescara, Bari e Messina).

Il lavoro di ricerca "attraversa" alcuni ambiti del *loisir* ritenuti strategici per l'economia sociale: il mondo dei locali da ballo, il settore dell'organizzazione di eventi, sia attraverso indicatori quantitativi che qualitativi, ed alcune "case studies" concernenti il mondo dei centri sociali autogestiti ed alcune esperienze di "festival musicale" particolarmente significative nel nostro paese.

Il mondo dell'intrattenimento si regge su un sistema articolato e diffuso di piccole e piccolissime aziende: non manca, tuttavia, una solida presenza di imprese "maggiori", dove il volume d'affari supera i 500mila euro. L'attività di somministrazione resta, sostanzialmente, il *core business* dell'intrattenimento.

In effetti, dai dati della ricerca emerge come, rispetto alle differenti formule di espressione del *loisir*, nei territori considerati, la maggiore attrattività per l'economia sociale il segmento della "realizzazione di eventi", piuttosto che quello dei "locali da ballo", e ciò è dovuto, presumibilmente, alle maggiori opportunità di diversificazione delle attività e dei servizi offerti.

A questa ragione se ne può aggiungere una, ulteriore, di natura economica e finanziaria: un'impresa operante nell'organizzazione di eventi può, nella fase iniziale, operare con successo anche con un livello di capitale di funzionamento sostanzialmente contenuto.

La ricerca, a margine dei dati individuati, effettua un "ragionamento" sulle "condizioni", per uno sviluppo dell'economia sociale nell'ambito strategico ed innovativo del *loisir*: appare evidente come vi sia una straordinaria compatibilità tra *loisir* ed economia sociale, perché, in realtà, sono fenomeni che hanno la possibilità di incontrarsi laddove si ricercano intersezioni tra domande ed offerte di dimensioni e di beni relazionali ed, in ultima analisi, di "qualità della vita".

Ma, detto questo, che rappresenta l'elemento centrale dell'analisi contenuta nel lavoro, resta "il" problema di fondo, ovvero: il sistema dell'economia sociale è "attrezzato" per innovare profondamente il settore del *loisir*?

Fin dalla sua nascita, l'economia sociale ha ricercato una coerenza di fondo tra gli obiettivi di natura economica, sociale ed ambientale, riconducibili integralmente al principio di "sviluppo sostenibile".

L'impresa sociale deve tentare di individuare bacini occupazionali e modelli imprenditoriali innovativi che permettano alle strutture dell'economia sociale di sperimentare il passaggio da soggetti che assorbono risorse pubbliche a soggetti che creano e valorizzano risorse per lo sviluppo locale sostenibile.

È un'opportunità economica, ma, al tempo stesso, una grande responsabilità, ed i due concetti, in particolare nell'ambito del *loisir*, non possono essere separati artificialmente.

Ne andrebbe di mezzo (come spesso ci ricordano i media in quei tragici bollettini sulle "stragi dei fine settimana") la possibilità di una crescita sana e serena da parte dei giovani e delle famiglie delle nostre città.

I giovani e gli scenari del divertimento notturno. Indagine psicosociale

La ricerca

La Facoltà di Psicologia dell'Università di Firenze è impegnata nella ricerca esplorativa riguardante gli stili di vita giovanili e i comportamenti a rischio attuati nel tempo libero, in particolare nei momenti di divertimento e durante gli eventi musicali, nella prospettiva di sviluppare *empowerment* nella gestione e nella progettazione degli eventi da parte degli stessi giovani, attivando nuove forme di "impresa" giovanile che siano in grado di offrire eventi sicuri per i partecipanti e integrati con i contesti territoriali in cui si svolgono.

Partecipanti

Nell'indagine *qualitativa* sono stati svolti – per ciascuna delle quattro sedi del Progetto (Varese, Roma, Bari, Messina) – un focus group con i giovani e uno con gli operatori sociali, e interviste semistrutturate con amministratori locali, organizzatori di eventi, gestori di locali.

Nell'indagine *quantitativa* sono stati intervistati 1053 giovani, (maschi 50,8%, femmine 49,2%), di età 18-30 (media 22,73).

Alcuni risultati

Possiamo dare, in questa breve sintesi, solo alcuni cenni, utili forse non tanto per definire ciò che è emerso quanto per dare una idea dei molti aspetti che si sono delineati.

Indagine qualitativa

In tutte le interviste sono emerse tematiche relative a: la definizione di "evento"; le criticità evidenziabili nello svolgimento; gli aspetti di rischio; la definizione di serata "andata bene" e di "evento sicuro", con i diversi modi di intendere il concetto di sicurezza; la prevenzione di comportamenti a rischio e le eventuali esperienze di coinvolgimento nelle attività preventive; le forme di collaborazione e le esperienze di lavoro di rete.

In ogni gruppo di partecipanti, inoltre, le interviste hanno esplorato ambiti specifici legati alla professionalità o al contesto di riferimento.

Giovani fruitori di eventi

I giovani intervistati dichiarano di passare il proprio tempo libero con gli amici, oppure ascoltando musica e andando a concerti. Molti però dichiarano di trascorrerlo da soli a casa, leggendo oppure giocando con la play-station e navigando su internet.

Definiscono "evento" sia qualcosa di unico o straordinario sia qualcosa che attira molte persone. Il concerto viene spesso portato come esempio. Nella definizione è presente però anche la dimensione soggettiva: diventa un evento la serata nella quale ci si è particolarmente divertiti.

Le differenze percepite fra rave e concerti consistono sia nel minor controllo che caratterizza i rave sia nella tipologia di fruizione.

tori e di luoghi. I canali di comunicazione utilizzati per la pubblicità dei rave sono quasi tutti informali (passaparola, internet e tramite amici).

La disponibilità di spesa per una serata varia dai 15 € a oltre 50 €, anche se – osservano – in molti casi “è difficile stabilire un limite”. Gli aspetti che influiscono sulla scelta del locale sono sicuramente la compagnia e gli amici, ma anche il luogo e il tipo di musica. L'importanza della compagnia torna nella loro definizione di “serata andata bene”, che per molti è legata al divertimento e allo stare bene con gli altri. I problemi che incontrano partecipando ad eventi sembrano essere principalmente risse e aggressioni. Qualcuno ha avuto problemi con le FFOO oppure malesseri collegabili all'abuso di alcool o di altre sostanze.

Operatori

Potendo osservare il mondo giovanile da un punto di vista privilegiato, hanno riportato interessanti riflessioni sui cambiamenti avvenuti nel mondo giovanile, come la mancanza di progettualità, un uso diverso delle sostanze, un abbassamento dell'età dei consumatori e una minore percezione dei rischi. Appare diverso anche il contesto di provenienza: molti ragazzi vivono in zone periferiche della città, e spesso provengono da ambienti “difficili”. Una serata andata bene è data, secondo il loro punto di vista, dal tipo di musica, dal luogo e dal target degli eventi. Un evento sicuro è visto come quello che prevede la presenza di operatori e personale appositamente formato, che permette la collaborazione fra operatori, gestori, territorio e Forze dell'Ordine e che garantisce strutture e servizi efficienti.

Le proposte per un miglioramento della sicurezza negli eventi riguardano da un lato la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti, dai giovani fruitori, ai buttafuori, ai gestori di locali, dall'altro lato il lavoro di prevenzione. La messa a norma delle strutture e la creazione di *Chill-out zone* rimane, secondo gli operatori, un aspetto importante nella creazione di eventi sicuri.

Rappresentanti degli Enti Locali

I rappresentanti degli Enti Locali intervistati dichiarano di svolgere nei propri Comuni attività per i giovani, e emerge una certa attenzione per la concessione di spazi e strutture per le esigenze della popolazione giovanile.

La prevenzione esiste e spesso è orientata a gruppi-target, ad esempio i giovani delle periferie. Nelle interviste emergono progetti per migliorare la vivibilità della città. A volte si presentano problemi di sicurezza: secondo gli intervistati il miglior modo per evitarli può essere riferirsi alle Forze dell'Ordine, oppure tentare il coinvolgimento dei giovani nella progettazione.

Nelle attività rivolte al mondo giovanile, viene ritenuto infatti importante lavorare in progetti condivisi con altri enti, come le ASL, o con associazioni di Terzo Settore. Il lavoro di rete, seppure poco esplicitato, è comunque una modalità auspicata.

Organizzatori di eventi e gestori di locali di divertimento

Secondo gli organizzatori intervistati, un evento è un momento di aggregazione, orientato ad un target specifico e che raggiunge un buon livello di spettacolarizzazione. La comunicazione e la pubblicizzazione sembra essere fondamentale: per organizzare una serata, infatti, le professionalità sulle quali si investe maggiormente sono art director e PR, oltre, ovviamente, a DJ, barman, tecnici e figure che si occupano della sicurezza.

Gli organizzatori di eventi notano un abbassamento dell'età dei frequentatori, una loro maggiore eterogeneità e soprattutto un maggior consumo di sostanze. Anche la tipologia dei locali si è molto modificata nel tempo: gli orari del divertimento si allun-

gano, e spesso la “serata” inizia nel tardo pomeriggio, come nel caso degli “Happy Hour”; non si organizzano più “pomeriggi giovani” domenicali, e diminuisce la ricerca di club d'élite. Secondo i gestori di locali, i “ragazzi della notte” sono diversi rispetto al passato per le modalità di comunicare, per l'età e per il diverso consumo di sostanze, che aumenta durante le attività notturne.

Ritengono che durante gli eventi possano essere utili interventi di prevenzione e sostengono l'esigenza di formare adeguatamente tutto il personale impiegato.

Per quanto riguarda la questione sicurezza, emerge dalle interviste che può non essere necessaria una presenza costante delle Forze dell'Ordine, mentre sarebbe invece importante garantire strutture adeguate e zone Chill-out.

Indagine quantitativa

I dati raccolti hanno fornito indicazioni su molti aspetti di vita quotidiana dei giovani, quali le esperienze di aggregazione, le attività svolte nel tempo libero, la soddisfazione per il modo di impiegare il tempo libero, la disponibilità di spesa per una serata, i generi musicali ascoltati. Abbiamo inoltre chiesto se avessero incontrato operatori sociali che svolgevano attività di prevenzione, e l'importanza attribuita al loro intervento. Sono state inoltre raccolte informazioni sulla frequenza d'uso dichiarata di sostanze legali e illegali e le motivazioni all'uso.

Il campione è stato di tipo *snowball*, e alcune differenze tra le città sono da mettere in relazione ai target su cui si è concentrata l'attenzione dei partner del progetto, con scelte congruenti con le caratteristiche delle sperimentazioni previste.

I partecipanti sono nel 32% dei casi studenti, nel 26% lavoratori, e nel 23% studenti lavoratori. Vivono prevalentemente in famiglia (71%), meno della metà pratica sport e ancora più ridotta è la percentuale di chi partecipa ad associazioni o a gruppi di volontariato (25%).

Attività di associazionismo-volontariato sono più presenti nel Centro-Sud, in particolare a Roma. Generalmente prevalgono attività di tipo sociale, culturale e politico.

I luoghi frequentati nel tempo libero sono – nella maggioranza dei casi (35%) – nella città di residenza. Quando sono altrove il mezzo di trasporto maggiormente utilizzato è l'auto, come già osservato commentando i focus group. E questo può costituire un problema, visto che le situazioni di rischio vissute con più frequenza riguardano la guida pericolosa, con o senza uso di sostanze legale o illegali.

Dichiarano di essere piuttosto soddisfatti del loro modo di trascorrere il tempo libero: la soddisfazione ha una media di 3,38 in una scala tra 1 e 5 (quindi tra *abbastanza* e *molto*).

I generi musicali maggiormente ascoltati sono i cantautori, la musica rock, pop, seguita da hip hop, reggae e house.

I dati dell'analisi quantitativa relativi alle attività svolte nel tempo libero confermano quanto emerso dai focus group: trascorrono la maggior parte del tempo libero da soli, ascoltando musica, guardando la televisione, quasi sempre in casa propria e con i familiari. Dichiarano però di divertirsi maggiormente quando sono con gli amici, alle feste o con il proprio ragazzo/ragazza.

La frequenza d'uso di sostanze legali e illegali dichiarata dai soggetti intervistati vede al primo posto l'abuso di alcool (con una media di 2,5 in una scala da 1 = mai a 5 = tutti i giorni o quasi), seguito a brevissima distanza dal consumo di canapa. Più raramente viene indicata la cocaina, e a seguire ecstasy, lsd e eroina. Il consumo appare differenziato nelle diverse sedi, in relazione anche ai contesti in cui sono stati raccolti i dati.

Sono state messe a confronto le credenze sulle motivazioni al

consumo di sostanze con l'aver sperimentato o meno esperienze di rischio. Si nota che più alto è il rischio sperimentato dai soggetti meno le motivazioni aderiscono alle stereotipie solitamente associate al consumo, per esempio i problemi personali o familiari, mentre compaiono motivazioni legate alla "curiosità". La stessa curiosità, insieme alla voglia di provare sensazioni nuove e "forti", sembra comunque appartenere anche a coloro che vivono rischi abbastanza controllati. Si è inoltre confrontato il tipo di musica ascoltata e le sostanze consumate. Non si ipotizza, ovviamente, una relazione causa-

effetto di alcun tipo, quanto piuttosto una co-occorrenza, come possibilità che due fenomeni si verifichino insieme. Non per stigmatizzare un genere musicale, quindi, quanto per offrire indicazioni agli operatori sociali e per progettare interventi differenziati.

La presenza di operatori impegnati nella prevenzione o nella riduzione del danno non viene avvertita molto spesso dai giovani intervistati, probabilmente perché la loro presenza non è diffusa in modo omogeneo nelle diverse sedi, ma coloro che li hanno incontrati sono pienamente convinti della loro importanza.

Si è svolto il 23 novembre 2007 a Varese il seminario "Profit e non profit: una rete per l'imprenditorialità" (programma e foto allegati).

Il programma definitivo è disponibile sul sito www.aziendanotte.it.

Per ulteriori informazioni: segreteria@aziendanotte.it

Partirà il 28 febbraio 2008 a Roma un ciclo di 8 seminari, 4 inerenti il tema della sicurezza, coniugata ai territori e ai fenomeni di dipendenza, e 4 sulla progettazione e sui nuovi programmi comunitari.



Venerdì 23 novembre

Sala Consigliere di Palazzo Estense
Via Sacco 5 - Varese

Programma

ore 9.00 Registrazione partecipanti

ore 9.30 Saluto delle Autorità

Chairman Francesco Spatola

ore 10.00

• **Il Progetto "Azienda Notte" la notte come luogo innovativo di un incontro tra profit e no profit**

Riccardo De Facci

ore 10.30

• **Il mondo del divertimento e le culture giovanili, interventi e strategie di prevenzione**

Claudio Cipitelli

ore 11.00 Coffee break

ore 11.30

• **Presentazione dei risultati della ricerca imprenditoriale sulle tendenze del mercato locale sui temi dell'impresa del divertimento**

Stefano Monellina

• **Giovani e tendenze culturali (dall'ultima ricerca IARD)**

Riccardo Grassi

ore 12.00

Chairwoman Roberta Bettoni
Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

Vincenzo Marino Le domande ai servizi dalla notte

Andrea Segnini Il progetto "Nuovi stili di vita"

Adolfo Francia Giovani e divertimento tra trasgressione e piacere

ore 13.00 Pranzo a buffet

ore 14.00 Ripresa dei lavori

Quale collaborazione, quali sinergie di lavoro per un divertimento sicuro e di qualità

Chairman e introduzione Vincenzo Castelli

• **Il divertimento come attività profit**

Pier Pierucci

• **Il marchio di qualità della notte e Discobus: verso un marchio etico e il senso della "notte di qualità"**

Paolo Cassani, Denis Zambon e Valeria Favrin

Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

• **L'esperienza dell'Alcool Prevention Day**

A cura di ASCOM e Confesercenti

• **I bisogni del territorio varesino sul tema del consumo dell'alcool**

A cura di ASCOM e Confesercenti

Intergiscono con:

• **Progetto S.E.S. I grandi eventi e lo sviluppo di una nuova imprenditorialità**

Stefano Bertolotti

• **Il Progetto 118, strategie di sicurezza del consumo dell'alcool**

Mario De Luca

Milano e la notte un progetto insieme

Vincenzo Cristiano

ore 17.00

Conclusioni di Vincenzo Castelli e Riccardo De Facci

ore 18.30

Apertivo al Nessundorma - Via Merano 5, Varese

dalle ore 22.00

Concerto al Sancho Panza con gruppi musicali francesi e italiani a cura dell'Associazione **El Quixote** e **SWITCH** di Firenze

Equal IP Fase, Azione 2, Misura 2.2, FSE, codice PS IT-52-MDL-189



Sabato 24 novembre

Sala Consigliere di Palazzo Estense
Via Sacco 5 - Varese

Convegno transnazionale

Programma

ore 9.30 - 9.30 Running Coffee

Saluto delle Istituzioni

ore 10.00 - 12.00

• **Il valore della cooperazione transnazionale**

Vincenzo Castelli

• **Italia: la valutazione delle attività transnazionali**

Letizia Cesanni Sforza

• **Francia: il modello di buona pratica per l'accompagnamento al lavoro**

Vincent Souverain

• **Slovenia: il valore degli scambi per la legislazione locale**

Helen Cvenkel e Franja Gabrovsek

• **Spagna: i prodotti del progetto**

José Manuel García Marrero

ore 12.00 - 13.00

Tavola rotonda con tutti i partner: quale valore aggiunto da questa collaborazione transnazionale

Apertivo di saluto

Segreteria Organizzativa:

Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

Via Biancamano, 50 - 21100 Varese - mail: sede.varese@cooplotto.org

Silvia Antonetti: 347/3800918 - Paolo Cassani: 346/7807258



Obiettivo

• Promuovere e supportare l'impresa sociale nel loisir e nel mondo della notte.

L'idea guida del progetto: le trasformazioni

• Il lavoro nel mondo del divertimento: uno strumento per la promozione di risorse e opportunità.

• Riduzione del danno e aggregazione: guardare oltre.

• La notte e il divertimento: eventi e consapevolezza.

• Oltre la sicurezza: concertare gli eventi.

• Il mondo della notte come luogo di occupazione possibile.

L'innovazione del progetto

• Il coinvolgimento: da target e fruitori passivi a promotori d'impresa.

• L'incontro strutturato tra mondo dell'intervento sociale (previdenza, presa in carico, organizzazione di eventi ecc.) e mondo dell'auto-produzione (spazi sociali e giovani produzioni) e mondo imprenditoriale (locali, organizzazione di eventi, sicurezza, lavoratori del loisir...) sperimentando nuove forme "etiche" di imprenditorialità sociale e/o profit.

Azienda Notte - www.azienda notte.it

mail: segreteria@azienda notte.it



Uso del Gamma-Idrossibutirrato (GHB) e della Buprenorfina nel paziente politossicodipendente

Claudio Leonardi^o, Felice Nava*

SUMMARY

■ *The problematic alcohol use is a growing phenomenon in heroin addicts. Several are the causes that can induce in heroin addicts to drink excessively. The most important of them are the environmental cues and the neurobiological interactions between the GABAergic transmission and the opioid system. The involvement of both systems is also suggested by the frequent clinical observation in heroin addicts in a substitutive treatment of the increase of excessive alcohol use, an effect that may be sustained by an excessive ? opioid stimulation. This article will review the neurobiological basis of polydrug use in heroin addicts with problematic alcohol use and the potential and beneficial use in this population of the co-administration of gamma-hydroxybutyrate (GHB) and buprenorphine.* ■

Keywords: *Gamma-hydroxybutyrate (GHB), buprenorphine, heroin addicts with problematic alcohol use.*

Parole chiave: *Gamma-idrossibutirrato (GHB), buprenorfina, eroinomani con uso problematico di alcol.*

Introduzione

Il poliabuso, inteso come la co-assunzione di più sostanze è un fenomeno in continua crescita. Fra le differenti droghe l'alcol risulta essere una delle sostanze più frequentemente abusate dai diversi consumatori di sostanze compreso gli eroinomani (Almong *et al.*, 1993; Anglin *et al.*, 1989; Backmund *et al.*, 2003; Belenko, 1979; Gerston *et al.*, 1977; Green *et al.*, 1978; Hser *et al.*, 1990; Kosten *et al.*, 1985; Lewis *et al.*, 1987). Nel particolare il consumo problematico di alcol nel soggetto eroinomane comporta per il clinico l'insorgenza di una serie di problemi fra cui i più importanti sono il peggioramento della prognosi e il sopraggiungere nel paziente di gravi complicanze di tipo medico e sociale (Gossop *et al.*, 2002; Appel, 1985).

Numerosi sono gli studi compiuti sull'andamento del consumo di alcol in pazienti in trattamento con metadone. In base a come il consumo di alcol viene definito, l'uso problematico di etanolo è presente nei pazienti in trattamento con metadone in una percentuale che varia dal 5 a più del 50% (Backmund *et al.*, 2003; Belenko, 1979; Bennet *et al.*, 2002; Brown, 1973; Craddock *et al.*, 1997; El-Bassel *et al.*, 1993; Liebson *et al.*, 1973; Rittmannsberger *et al.*, 2000). Il concomitante uso problematico di alcol nei pazienti in trattamento con metadone solleva non pochi problemi di ordine clinico. Alcuni studi indicano che la dipendenza da alcol è in grado di peggiorare gli *outcomes* del

trattamento metadonico nei soggetti eroinomani (Appel *et al.*, 2001; Gossop *et al.*, 2006; Maremmani *et al.*, 2007). Recentemente altri studi hanno dimostrato nei pazienti in trattamento con metadone e con uso problematico di alcol un più elevato tasso di malattie psichiatriche fra cui in particolare i disturbi dell'umore e della personalità (Westrich, 2005) e un più basso livello della qualità della vita (Senbanjo *et al.*, 2006). Determinati studi indicano, inoltre, che i soggetti in trattamento con metadone che abusano di alcol possono presentare un più elevato tasso di criminalità, una maggiore probabilità a consumare una o più sostanze, nonché di rimanere in trattamento (Zador, Sunjic, 2000). Uno studio ha, infatti, dimostrato nei pazienti in terapia con metadone che, in una percentuale che varia dall'11 al 26%, le cause di *drop-out* dal trattamento possono essere direttamente riconducibili al consumo eccessivo di alcol (Joseph, Appel, 1985). Lo stesso studio ha, inoltre, dimostrato che gli eroinomani che abusano di alcol presentano, in un periodo di dieci anni, un più basso tasso di sopravvivenza (Joseph, Appel, 1985).

Alla luce di quanto è stato discusso è, perciò, importante tenere in considerazione che sempre più soggetti eroinomani potranno essere dei consumatori problematici di alcol e, quindi, necessitare di un trattamento farmacologico concomitante per i due disturbi. In questo senso è utile sottolineare come negli ultimi anni anche in Italia si sia diffuso per il trattamento dell'eroinismo l'utilizzo della buprenorfina, che al pari del metadone, si è dimostrata essere in grado di ridurre efficacemente il consumo dell'oppiaceo (Johnson *et al.*, 2000; Ling *et al.*, 1996; Kakko *et al.*, 2003; Kakko *et al.*, 2007; Mattick *et al.*, 2003; Robinson, 2002; Leonardi *et al.*, 2007). D'altro canto l'esperienza italiana ha consolidato l'efficacia del GHB per il trattamento dell'astinenza alcolica e della prevenzione della ricaduta (Maremmani *et al.*, 2001;

^o Direttore UOC Ser.T. ASL Roma C, Direttivo Nazionale FeDerSerD.

* Dirigente Medico, Dipartimento delle Dipendenze, ULSS n. 8 del Veneto, Direttivo Nazionale FeDerSerD.

Nava *et al.*, 2006; Nava *et al.*, 2007; Poldrugo, Addolorato, 1999). Pertanto sempre più poliabusatori in Italia sono e saranno in trattamento combinato con GHB e buprenorfina.

Lo scopo del presente articolo sarà quello di analizzare le basi neurobiologiche e farmacologiche, nonché il razionale d'uso della terapia combinata GHB e buprenorfina nell'eroinomane consumatore problematico di alcol.

La neurobiologia del sistema GABA e oppioide nell'eroinomane consumatore problematico di alcol

I dati epidemiologici dell'elevato consumo di alcol fra gli eroinomani non sorprende soprattutto se si interpreta il fenomeno sotto l'aspetto neurobiologico. Come si sa l'alcol è una molecola che dal punto di vista farmacodinamico è in grado di agire, in relazione alla dose e alla durata del suo consumo, su diverse vie neurotrasmettitoriali (De Witte, 1996) fra cui le più importanti sono quelle dell'acido gamma-idrossibutirrico (GABA), del glutammato, della serotonina, della dopamina, e dei peptidi oppioidi. Non c'è dubbio che fra le diverse interazioni farmacologiche dell'alcol le più importanti, in relazione alla regolazione del potus, risultano essere quelle con il sistema del GABA (Sieghart, 1992) e dei peptidi oppioidi (Herz, 1997; Gianoulakis, 2001).

L'etanolo possiede a livello del complesso multimolecolare del recettore del GABA_A un proprio sito di legame in grado di modulare la conduttanza dello ione cloro attraverso il canale ed essere responsabile di alcuni dei suoi più importanti effetti centrali: la sedazione e l'ansiolisi (Sieghart, 1992). Diversi studi indicano che il ruolo del sistema GABA_A è particolarmente importante soprattutto in riferimento al consumo di alcol. Agonisti inversi ed antagonisti del recettore delle benzodiazepine, a livello del complesso molecolare del GABA_A sono, infatti, in grado di ridurre nei ratti il consumo di alcol (June *et al.*, 1998a; June *et al.*, 1998b). Topini con una delezione genica della subunità δ del recettore GABA_A presentano una diminuzione del consumo di alcol, così come una riduzione degli effetti anticonvulsivanti dell'etanolo (Mihaleck *et al.*, 2001).

Se il sistema GABA è determinante nella regolazione del potus, recentemente diversi studi stanno attribuendo al sistema oppioide un ruolo altrettanto cruciale. In particolare, gli studi di neurobiologia hanno dimostrato che il sistema oppioide è in grado di mediare potentemente gli effetti rinforzanti dell'alcol. L'etanolo è stato visto legarsi a livello di tutti i recettori del sistema oppioide. Nello specifico nel tessuto cerebrale di striato del topo si è notato che l'alcol ha un effetto bifasico sul legame della deidromorfina a livello dei recettori μ degli oppioidi: basse concentrazioni (50 mmol/L) sono in grado di aumentare il legame, mentre alte concentrazioni (200 mmol/L) di inibirlo (Tabakoff, Hoffman, 1983). Interessanti studi hanno dimostrato come antagonisti selettivi (dei recettori μ e δ) e non selettivi degli oppioidi siano in grado di ridurre gli effetti rinforzanti e gratificanti dell'alcol (Herz, 1997; Gianoulakis, 2001). Del resto diversi studi hanno messo in evidenza che topi con il recettore μ degli oppioidi mutato presentano una riduzione degli effetti gratificanti e dell'assunzione di alcol (Hall *et al.*, 2001; Roberts *et al.*, 2000). È stato anche visto che l'assunzione di etanolo è in grado di determinare un aumento del rilascio dei peptidi oppioidi a livello cerebrale. L'assunzione di alcol è, infatti, in grado di determinare un aumento di endorfine a livello del nucleo accumbens (Olive *et al.*, 2001). La microiniezione di antagonisti dei peptidi oppioidi (Heyser *et al.*, 1999), oppure di oligonucleotidi antisens-

so per il recettore μ (Myers *et al.*, 1999) si sono dimostrati in grado di ridurre il consumo di alcol. Coerentemente la somministrazione sistemica (Benjamin *et al.*, 1993) o intracerebrale (Acquas *et al.*, 1993) di antagonisti dei recettori degli oppioidi è in grado di ridurre il rilascio di dopamina nel nucleo accumbens indotto dall'alcol. Questi studi fanno, pertanto, pensare che gli effetti del blocco dei recettori degli oppioidi sulla riduzione del consumo di alcol sia dovuto ad una diminuzione del rilascio di dopamina nel nucleo accumbens (Gonzales, Weiss, 1998). L'importanza del sistema oppioide endogeno nel consumo di alcol è, quindi, cruciale nella regolazione del potus e questo lo dimostra anche la buona efficacia clinica del naltrexone, un antagonista degli oppioidi, nel trattamento dell'alcolismo. Numerosi sono, infatti, gli studi che hanno dimostrato come il naltrexone sia capace di ridurre negli alcolisti il potus (Anton *et al.*, 1999; O'Malley *et al.*, 1992; Volpicelli *et al.*, 1992). In particolare, gli studi clinici hanno messo in evidenza come il naltrexone sia in grado di contrastare gli effetti euforizzanti dell'alcol a seguito della cosiddetta "prima bevuta", proponendo l'utilizzo del farmaco per frenare l'incremento dell'uso dopo il primo bicchiere (Volpicelli *et al.*, 1995). Il naltrexone sarebbe, quindi, in grado di attenuare gli effetti euforizzanti dell'alcol ma non altrettanto efficace nel prevenire le ricadute (Krystal *et al.*, 2001).

Negli ultimi anni è stato clonato un nuovo recettore degli oppioidi che è in grado di legare un composto endogeno chiamato "nocicettina" o "orfanina" (Meunier *et al.*, 1995; New, Wong, 2002). I recettori di questo nuovo sistema sono denominati N/OFQ e si è recentemente dimostrato che diversi suoi agonisti sono capaci, in una linea geneticamente selezionata di ratti preferenti l'alcol, di ridurre l'assunzione di etanolo (Ciccocioppo *et al.*, 1999; Ciccocioppo *et al.*, 2002; Ciccocioppo *et al.*, 2004; Ciccocioppo *et al.*, 2007; Economidou *et al.*, 2006). In accordo con questi studi il sistema N/OFQ sarebbe direttamente in grado di controllare il consumo di alcol.

Gli studi di neurobiologia finora compiuti ci permettono di concludere che nell'alcolismo il sistema GABA e oppioide, insieme o separatamente, potrebbero essere circuiti neurochimici cruciali per regolare il potus. In questo senso, soprattutto nell'eroinomane consumatore problematico di alcol, la co-assunzione a scopi terapeutici del gamma-idrossibutirrato (GHB) e della buprenorfina avrebbe un importante ruolo nella modulazione di entrambi i sistemi.

Gli strumenti farmacologici per la modulazione del sistema GABA e oppioide: il ruolo del gamma-idrossibutirrato (GHB) e della buprenorfina

La modulazione farmacologica del sistema GABA e oppioide, entrambi neurocircuiti cruciali per la regolazione del potus, è complessa e molteplici sono le molecole in grado di interagire con i due sistemi.

Il gamma-idrossibutirrato (GHB) è incapace di potenziare la trasmissione GABAergica (Wong *et al.*, 2004). Questo effetto può essere dovuto ad una semplice conversione del GHB esogeno in acido gamma-idrossibutirrico (GABA) e/o alla diretta attivazione del GHB di suoi propri recettori che recentemente sono stati identificati nel sistema nervoso dell'uomo (Andriamamoandry *et al.*, 2007). Oggi sappiamo che alcuni dei più importanti effetti centrali indotti dal GHB, che è anche un agonista dei recettori GABA_B, sono simili a quelli indotti dal baclofene, un potente agonista del recettore GABA_B (Wong *et al.*, 2004). Questa evidenza

ci fa supporre che molti degli effetti farmacologici del GHB, fra cui l'azione anti-alcol, possono essere mediati dal recettore GABA_B (Wong *et al.*, 2004). Quest'ultima osservazione è molto importante dal punto di vista clinico poiché è stato ampiamente dimostrato che il baclofene è in grado di ridurre il consumo di diverse di sostanze fra cui anche l'eroina e l'alcol, sia nei modelli sperimentali animali che nell'uomo (Addolorato *et al.*, 2002; Addolorato *et al.*, 2007; Haney *et al.*, 2006; Spano *et al.*, 2007; Walker, Koob, 2007). In questo contesto e con lo stesso meccanismo anche il GHB, al pari del baclofene, potrebbe esercitare gli stessi effetti nella soppressione del consumo di una o più sostanze. In altre parole il GHB non sarebbe esclusivamente capace di sopprimere la sindrome d'astinenza alcolica (Nava *et al.*, 2007) e la ricaduta (Nava *et al.*, 2006) ma potrebbe anche essere in grado di contrastare, al pari del baclofene, il consumo di altre e diverse sostanze che non siano il solo alcol. Supposizioni neurobiologiche potrebbero anche far pensare che nell'alcolista, come in altre forme di dipendenza, vi possa essere una carenza endogena di GHB (Nava, 2008). Del resto questa ipotesi è anche in accordo con una precedente osservazione clinica che aveva notato come il GHB fosse in grado potentemente di sopprimere la sindrome d'astinenza negli eroinomani (Gallimberti *et al.*, 1994). Secondo quanto discusso il GHB potrebbe esercitare i suoi effetti nel ridurre il consumo di alcol e sopprimere la sindrome d'astinenza alcolica attraverso un semplice meccanismo di sostituzione con l'etanolo (Gessa *et al.*, 2000), mentre attraverso una azione sui recettori GABA_B potrebbe ridurre il consumo delle diverse sostanze (fra cui anche l'alcol) (Wong *et al.*, 2004). L'effetto del GHB sui recettori GABA_B e probabilmente anche su i propri recettori si concretizzerebbe con una interferenza con il sistema dopaminergico. Più nello specifico il GHB nella sua interazione con il sistema GABA_B andrebbe ad attivare potentemente i recettori GABA_B pre-sinaptici inducendo un decremento del rilascio neuronale di dopamina (Harris *et al.*, 1989; Erhardt *et al.*, 1998; Madden, Johnson, 1998). È stato, infatti, osservato che il GHB è in grado di determinare una soppressione del tono dopaminergico ed una *up regulation* dei recettori D₁ e D₂ della dopamina (Schmidt-Mutter *et al.*, 1999). Il GHB sarebbe, pertanto, in grado di ridurre la trasmissione dopaminergica, almeno in determinate circostanze e a specifici dosaggi. Gli effetti del GHB sul sistema dopaminergico sono, infatti, complessi e la soppressione del tono dopaminergico si osserverebbe solo a seguito della somministrazione di alte dosi di GHB. È stato visto che il GHB, attraverso una attivazione dei recettori GABA_B, a concentrazioni inferiori ai 1mM è in grado di aumentare il rilascio di dopamina, mentre a concentrazioni superiori, sempre con lo stesso meccanismo d'azione, di diminuire il rilascio del neurotrasmettitore (Cruz *et al.*, 2004). Gli effetti bifasici del GHB sulla trasmissione dopaminergica spiegherebbero perché a più basse dosi il GHB possa essere in grado di attivare il sistema dopaminergico mesolimbico (Zvosec, Smith, 2005) e agire come vera e propria sostanza d'abuso in grado di attivare il sistema della gratificazione e a più alte dosi di funzionare come "ipodopaminergico".

Da quanto sopra specificato il GHB, come farmaco attivo contro il poliuso, potrebbe esercitare i suoi effetti sulla riduzione del consumo di sostanze attraverso ad un aumento del tono GABAergico, mediante una attivazione dei propri recettori ma anche attraverso una attivazione dei recettori GABA_B la cui stimolazione è in grado di diminuire il tono dopaminergico e, quindi, le azioni rinforzanti (*reward*) delle singole sostanze. Gli effetti del GHB sulla riduzione del consumo di sostanze sarebbe prettamente mediata dal sistema GABAergico, attraverso una diretta azione del farmaco sui propri recettori e sui recettori

GABA_B. In questo senso per quanto riguarda gli effetti del GHB il coinvolgimento del sistema oppioidi sarebbe solo marginale nel determinare la riduzione del policonsumo. Gli studi neurobiologici attribuiscono, infatti, solo scarse interazioni fra GHB e sistema oppioidi. A tale proposito alcuni studi dimostrano come il naloxone, un antagonista dei recettori oppioidi, possa essere in grado di diminuire il rilascio di dopamina indotto da GHB a livello del cervello di ratto (Feigenbaum, Howard, 1996). Il naloxone non sarebbe, però, in grado di ridurre negli animali da laboratorio gli effetti ansiolitici del GHB (Schmidt-Mutter *et al.*, 1998), così come nei topini il coma indotto dal GHB (Carai *et al.*, 2005), suggerendo che le interazioni del GHB con il sistema oppioidi sarebbero solo indirette e che gli effetti farmacologici più tipici del GHB non sarebbero dovuti ad una attivazione diretta del sistema oppioidi. A questo proposito è stato, infatti, dimostrato che il GHB non è in grado di legarsi ai recettori μ , κ e δ degli oppioidi (Feigenbaum, Simantov, 1996).

Accanto al ruolo del GHB nella modulazione del sistema GABA e oppioidi, nel caso del trattamento combinato con GHB e buprenorfina nell'eroinomane alcolista, non possiamo dimenticare come la buprenorfina è in grado di interagire non solo sul sistema oppioidi ma anche sul sistema N/OFQ. Di contro in letteratura non sono segnalate interazioni significative fra buprenorfina e sistema GABA. La buprenorfina come è noto un agonista parziale dei recettori μ degli oppioidi con una capacità di legarsi come antagonista ai recettori κ ed è in grado di ridurre efficacemente il consumo di eroina (Johnson *et al.*, 2000; Ling *et al.*, 1996; Kakko *et al.*, 2003; Kakko *et al.*, 2007; Mattick *et al.*, 2003; Robinson, 2002; Leonardi *et al.*, 2007). Il profilo farmacologico della buprenorfina rende l'utilizzo della molecola particolarmente utile per il trattamento degli eroinomani alcolisti per due ragioni. La prima in virtù della sua proprietà di essere un agonista parziale dei recettori μ degli oppioidi. Diversi studi hanno, infatti, segnalato come l'incremento del consumo di alcol che si osserva nei pazienti eroinomani in trattamento con metadone (D'Aunno, Vaughn, 1992; Hunt *et al.*, 1986; Stasny, Potter, 1991) possa essere legato alla forte stimolazione dei recettori μ degli oppioidi indotta dal farmaco. Del resto questa ipotesi neurobiologica sarebbe anche in grado di spiegare perché l'abuso di alcol sia particolarmente frequente nel paziente eroinomane dove è esagerata la stimolazione farmacologica dei recettori μ degli oppioidi (Almong *et al.*, 1993; Anglin *et al.*, 1989; Backmund *et al.*, 2003; Belenko, 1979; Gerston *et al.*, 1977; Green *et al.*, 1978; Hser *et al.*, 1990; Kosten *et al.*, 1985; Lewis *et al.*, 1987). La seconda è dovuta alla capacità della buprenorfina, attraverso il legame con i recettori N/OFQ, come è stato dimostrato in uno studio sperimentale dove la buprenorfina si è rilevata capace di ridurre l'assunzione di alcol in una linea geneticamente selezionata di ratti preferenti l'alcol (Ciccocioppo *et al.*, 2007). Questa spiccata capacità della buprenorfina di ridurre il consumo di alcol è stata anche dimostrata recentemente nell'uomo in uno studio in aperto che è andato a paragonare gli effetti della buprenorfina e del metadone sulla riduzione dell'assunzione di etanolo in un gruppo di eroinomani alcolisti (Nava *et al.*, 2008).

Gli aspetti clinici dell'associazione del GHB con buprenorfina

Nella letteratura scientifica internazionale non esistono studi sull'interazione farmacologica tra GHB e farmaci agonisti parziali degli oppioidi come la buprenorfina. La letteratura pone, comunque, in evidenza come entrambi i trattamenti siano effi-

caci nel ridurre rispettivamente il consumo di eroina e alcol in ragione del dosaggio farmacologico utilizzato e alle specifiche proprietà farmacologiche possedute dalle singole molecole. Gli studi hanno, infatti, osservato come il GHB venga efficacemente utilizzato nel trattamento dell'alcolismo in ragione delle sue capacità di mimare gli effetti dell'alcol tanto che, a dosaggi di 50-100 mg/kg/die, risulta capace di ridurre significativamente il desiderio compulsivo per esso e, in ragione dei suoi effetti dopaminergici, i sintomi astinenziali da cessazione dell'etanolo (Ferrara *et al.*, 1992; Addolorato *et al.*, 1996; Korninger *et al.*, 2003; Nava *et al.*, 2006; Maremmani, *et al.*, 2007) e come la buprenorfina, in ragione delle sue proprietà farmacodinamiche, sia in grado, se utilizzata a dosaggi adeguati, di controllare l'astinenza da eroina in tossicodipendenti trattati ambulatoriamente (Leonardi *et al.*, 2007). Il GHB somministrato a dosi ripetute e per brevi periodi ha anche dimostrato di contenere le crisi di astinenza di soggetti che avevano interrotto l'uso di eroina o che avevano terminato una fase di scalaggio di metadone (Gallimberti *et al.*, 1989; 1993; 1994; Rosen *et al.*, 1997). Esperienze che confermano, quindi, come il GHB in qualità di neuromodulatore, possa avere un ruolo determinante nella fisiopatologia dell'addiction (Nava, 2008). D'altro conto la buprenorfina somministrata a dosaggi uguali o superiori ai 16 mg/die si è dimostrata efficace nel mantenere i pazienti in un trattamento di disassuefazione dall'eroina e di sviluppare un effetto terapeutico anche nei confronti del consumo di altre sostanze fra cui cocaina e cannabinoidi (Leonardi *et al.*, 2007).

A tutto ciò va aggiunto che i profili farmacocinetici della buprenorfina e del GHB, il primo con una alta affinità per i propri siti di legame recettoriali e le poche interferenze con altri farmaci e sistemi citocromiali (Picard *et al.*, 2005; Zhang *et al.*, 2003), ed il secondo con una rapida cinetica e una pressoché nulla interazione con i citocromi epatici, rendono di fatto dal punto di vista clinico l'utilizzo contemporaneo dei farmaci maneggevole e sicuro.

La malagevolezza e l'efficacia clinica della terapia combinata GHB e buprenorfina è stata, peraltro confermata recentemente in un nostro lavoro di ricerca (Leonardi *et al.*, 2008 - unpublished). Lo studio, che contiene ancora dati preliminari, è consistito in una serie di osservazioni effettuate su un campione di tossicodipendenti da eroina (18M/4F - età media 32.2±8.9) e consumatori problematici di alcol in trattamento con buprenorfina ad un dosaggio medio di 18 mg/die i quali, avendo dimostrato una riduzione del potus alcolico ma non la sua definitiva risoluzione, sono stati sottoposti ad un trattamento con GHB alla dose di 50-100 mg/kg/die. I pazienti, arruolati erano eroinomani con consumo problematico di alcol e non presentavano uno stato di comorbilità psichiatrica e, pertanto, non assumevano psicofarmaci in aggiunta alla terapia sopraccitata. La buprenorfina veniva assunta al mattino insieme al GHB. Anche la seconda somministrazione di GHB avveniva in ambulatorio, mentre la terza somministrazione di GHB avveniva presso il domicilio del paziente. Questa organizzazione di somministrazione del GHB di tipo "prudenziale" ha impedito eventuali assunzioni incontrollate di GHB e ha permesso una osservazione clinica più attenta dei pazienti in studio. La totale astinenza da oppiacei di questi soggetti trattati con GHB/buprenorfina è stata testata attraverso la ricerca dei metaboliti urinari per l'eroina, mentre la sospensione del consumo alcolico mediante misurazione dell'esperto attraverso alcolometro. I risultati preliminari di questa valutazione (dopo un mese di terapia associata) non hanno evidenziato nell'assunzione contemporanea di GHB e buprenorfina la comparsa

di effetti collaterali e reazioni avverse e, soprattutto, hanno messo in evidenza in tutti i pazienti osservati e dopo circa 10 giorni di terapia combinata, una sospensione totale dell'abuso alcolico.

Conclusioni

Le basi neurobiologiche mettono in evidenza l'importanza del sistema GABA e oppioidi nella regolazione del consumo eccessivo e combinato di eroina e alcol. In questo senso, e in base ai profili farmacologici posseduti dal GHB e dalla buprenorfina, la terapia combinata, sia parallela che sequenziale, sembra essere quella strategicamente più efficace per raggiungere l'astinenza nella popolazione eroinomane con consumo problematico di alcol.

Esistono delle indicazioni empiriche dell'utilizzo parallelo o sequenziale della terapia GHB-buprenorfina, in analogia a come sono stati già suggeriti per l'utilizzo combinato di GHB e metadone (Nava, 2006). Fermo restando che l'utilizzo del GHB debba essere preso in considerazione con cautela nel soggetto non assistito ambulatoriamente che presenta un elevato tasso di impulsività e che sia nel contempo un poliabusatore problematico, è importante sottolineare come la terapia combinata possa utilizzarsi preferenzialmente in maniera parallela nei soggetti che presentano un problema contestuale di uso di eroina e alcol ed in maniera sequenziale negli eroinomani che solo successivamente (e spesso in corso di trattamento) sviluppano un consumo problematico di alcol. In quest'ultima categoria di poliabusatori sarà sempre opportuno prima di iniziare una terapia con GHB di valutare attentamente il grado di compulsività verso il consumo delle sostanze diverse dall'alcol e di attendere prima dell'utilizzo del GHB la loro stabilizzazione nei confronti del consumo dell'oppiaceo. In questa categoria di pazienti l'utilizzo del GHB avrebbe una duplice valenza: quella di favorire l'astinenza alcolica e di consolidare l'astinenza con eroina.

Alla luce di quanto discusso sia dal punto di vista farmacologico che clinico, la terapia combinata GHB e buprenorfina sarebbe indubbiamente sinergica, maneggevole e potentemente efficace nel modulare contestualmente sia il sistema GABA che oppioidi e, quindi, rappresentare una strategia terapeutica da utilizzare per il trattamento del paziente eroinomane con consumo problematico di alcol.

Bibliografia

- Acquas E., Meloni M., Di Chiara G., "Blockade of delta-opioid receptors in the nucleus accumbens prevents ethanol-induced stimulation of dopamine release", *European Journal of Pharmacology*, 230, 1993.
- Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F. *et al.*, "An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects. GHB Study Group", *Alcohol & Alcohol*; 31: 341-345, 1996.
- Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Domenicali M., Bernardi M., Janiri L., Agabio R., Colombo G., Gessa G.L., Gasbarrini G., "Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study", *Alcohol & Alcoholism*, 37, 2002.
- Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A., Cardone S., Vonghia L., Mirijello A., Abenavoli L., D'Angelo C., Caputo F., Zambon A., Haber P.S., Gasbarrini G., "Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomized, double-blind controlled study", *Lancet*, 370, 2007.
- Almong Y.J., Anglin M.D., Fisher D.G., "Alcohol and heroin use patterns of narcotics addicts: gender and ethnic differences", *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 19, 1993.

- Andriamampandry C., Taleb O., Kemmel V., Humbert J.P., Aunis D., Maitre M., "Cloning and functional characterization of a gamma-hydroxybutyrate receptor identified in the human brain", *FASEB Journal*, 21, 2006.
- Anglin Y.J., Anglin M.D., Fisher D.G., "Alcohol use by heroin addicts: evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples", *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 15, 1989.
- Anton R.F., Moak D.H., Waid L.R., Latham P.K., Malcolm R.J., Dias J.K., "Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial", *American Journal of Psychiatry*, 156, 1999.
- Appel P.W., Joseph H., Kott A., Nottingham W., Tasiny E., Habel E., "Selected in-treatment outcomes of long-term methadone maintenance treatment patients in New York State", *Mont Sinai Journal Medicine*, 68, 2001.
- Backmund M., Schutz C.G., Meyer K., Eichenlaub D., Soyka M., "Alcohol consumption in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients-frequency and correlates of use", *European Addiction Research*, 9, 2003.
- Belenko S., "Alcohol abuse by heroin addicts: review of research findings and issues", *International Journal of Addiction*, 14, 1979.
- Benjamin D., Grant E.R., Pohorecky L.A., "Naltrexone reverses ethanol-induced dopamine release in the nucleus accumbens in awake, freely moving rats", *Brain Research*, 621, 1993.
- Bennet G.A., Edwards S., Bailey J., "Helping methadone patients who drink excessively to drink less: short-term outcome of a pilot motivational intervention", *Journal Substance Use*, 7, 2002.
- Brown B., "Use of alcohol by addict and non-addict population", *American Journal Psychology*, 130, 1973.
- Carai M.A., Colombo G., Gessa G.L., "Resuscitative effect of a gamma-aminobutyric acid B receptor antagonist on gamma-hydroxybutyric acid mortality in mice", *Annals Emergency Medicine*, 45, 2005.
- Ciccocioppo R., Panocka I., Polidori C., Regoli D., Massi M., "Effect of nociceptin on alcohol intake in alcohol-preferring rats", *Psychopharmacology*, 141, 1999.
- Ciccocioppo R., Polidori C., Antonelli L., Salvatori S., Guerrini R., Massi M., "Pharmacological characterization of the nociceptin receptor which mediates reduction of alcohol drinking in rats", *Peptides*, 23, 2002.
- Ciccocioppo R., Economidou D., Fedeli A., Angeletti S., Weiss F., Heilig M., Massi M., "Attenuation of ethanol self-administration and of conditioned reinstatement of alcohol-seeking behaviour by the antiopioid peptide nociceptin/orphanin FQ in alcohol-preferring rats", *Psychopharmacology*, 172, 2004.
- Ciccocioppo R., Economidou D., Rimondini R., Sommer W., Massi M., Heilig M., "Buprenorphine reduces alcohol drinking through activation of the nociceptin/orphanin FQ-NOP receptor system", *Biological Psychiatry*, 61, 2007.
- Craddock S.G., Rounds-Bryant J., Flynn P., Hubard R., "Characteristics and pre-treatment behaviours of clients entering drug abuse treatment: 1969 to 1993", *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 23, 1997.
- De Witte P., "The role of neurotransmitters in alcohol dependence: animal research", *Alcohol & Alcoholism*, 31 Suppl. 1, 1996.
- Cruz H.G., Ivanova T., Lunn M.L., Stoffel M., Slesinger P.A., Luscher C., "Bi-directional effects of GABA(B) receptor agonists on the mesolimbic dopamine system", *Nature Neuroscience*, 7, 153-159.
- D'Aunno T., Vaughn T.E., "Variations in methadone treatment practices. Results from a national study", *Journal American Medicine Association*, 267, 1992.
- Economidou D., Fedeli A., Pardon R.M., Weiss, Massi M., Ciccocioppo R., "Effect of novel nociceptin/orphanin FQ-NOP receptor ligands on ethanol drinking in alcohol-preferring msP rats", *Peptides*, 27, 2006.
- El-Bassel N., Shilling R.F., Turnbull J.E., Su K.H., "Correlates of alcohol use among methadone patients", *Clinical Experimental Research*, 17, 1993.
- Erhardt S., Andersson B., Nissbrandt H., Engberg G., "Inhibition of firing rate and changes in the firing pattern of nigral dopamine neurons by gamma-hydroxybutyric acid (GHBA) are specifically induced by activation of GABA(B) receptors", *Naunyn Schmiedeberg's Archives Pharmacology*, 357, 1998.
- Feigenbaum J.J., Howard S.G., "The effect of naloxone on spontaneous and evoked dopamine release in the central and peripheral nervous systems", *Life Science*, 59, 1996.
- Feigenbaum J.J., Simatov R., "Lack of effect of gamma-hydroxybutyrate on mu, delta and kappa opioid receptor binding", *Neuroscience Letters*, 212, 1996.
- Ferrara S.D., Zotti S., Tedeschi L. et al., "Pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyric acid in alcohol dependent patients after single and repeated oral doses", *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 34: 231-235, 1992.
- Gallimberti L., Gentile N., Cibin M., Fadda F., Canton G., Ferri M., Ferrara S.D., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Lancet* September, 30, 1989.
- Gallimberti L., Cibin M., Pagnin P., Sabbion R., Pani P.P., Pirastu R., Ferrara S.D., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of opiate withdrawal syndrome", *Neuropsychopharmacology*, 9 (1): 77-81, 1993.
- Gallimberti L., Schifano F., Forza G., Miconi L., Ferrara S.D., "Clinical efficacy of gamma-hydroxybutyric acid in treatment of opiate withdrawal", *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.*, 244 (3): 113-114, 1994.
- Gallimberti L., Schifano F., Forza G., Miconi L., Ferrara S.D., "Clinical efficacy of gamma-hydroxybutyric acid in treatment of opiate withdrawal", *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 244, 1994.
- Gerston A., Cohen M.J., Stimmel B., "Alcoholism, heroin dependency, and methadone maintenance: alternatives and aids to conventional methods and therapy", *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 4, 1977.
- Gessa G.L., Agabio R., Carai M.A., Lobina C., Pani M., Reali R., Colombo G., "Mechanism of the antialcohol effect of gamma-hydroxybutyric acid", *Alcohol*, 20, 2000.
- Gianoulakis C., "Influence of the endogenous opioid system on high alcohol consumption and genetic predisposition to alcoholism", *Journal Psychiatry Neuroscience*, 26, 2001.
- Gonzales R.A., Weiss F., "Suppression of ethanol-reinforced behavior by naltrexone is associated with attenuation of the ethanol-induced increase in dialysate dopamine levels in the nucleus accumbens", *Journal Neuroscience*, 18, 1998.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., "Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems", *Addiction*, 97, 2002.
- Gossop M., Stewart D., Marsden J., "Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes", *Addiction*, 101, 2006.
- Green J., Jaffe J.H., Carlisi J.A., Zaks A., "Alcohol use in the opiate use cycle of the heroin addict", *International Journal of Addiction*, 13, 1978.
- Hall F.S., Sora I., Uhl G.R., "Ethanol consumption and reward are decreased in mu-opiate receptor knockout mice", *Psychopharmacology*, 154, 2001.
- Haney M., Hart C.L., Foltin R.W., "Effect of baclofen on cocaine self-administration: opioid- and nonopioid-dependent volunteers", *Neuropsychopharmacology*, 31, 2006.
- Harris N.C., Webb C., Greenfield S.A., "The effects of gamma-hydroxybutyrate on the membrane properties of guinea-pig pars compacta neurons in the substantia nigra in vitro", *Neuroscience*, 31, 1989.
- Herz A., "Endogenous opioid systems and alcohol addiction", *Psychopharmacology*, 129, 1997.
- Heyser C.J., Roberts A.J., Schulteis, Koob G.F., "Central administration of an opiate antagonist decreases oral ethanol self-administration in rats", *Alcohol Clinical Experimental Research*, 23, 1999.
- Hser Y.I., Anglin M.D., Powers K., "Longitudinal patterns of alcohol use by narcotics addicts", *Recent Development in Alcoholism*, 8, 1990.
- Hunt D.E., Strug D.L., Goldsmith D.S., Lipton D.S., Robertson K., Truitt L., "Alcohol use and abuse: heavy drinking among methadone clients", *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 12, 1986.
- Johnson R.E., Chutuape M.A., Strain E.C., Walsh S.L., Stitzer M.L., Bigelow G.E., "A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence", *New England Journal Medicine*, 343, 2000.
- Joseph H., Appel P., "Alcoholism and methadone treatment : consequences for the patient and program", *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 11, 1985.
- June H.L., Devaraju S.L., Eggers M.W., Williams J.A., Cason C.R., Greene T.L., Leveige T., Braun M.R., Torres L., Murphy J.M., "Benzodiazepine receptor antagonists modulate the actions of ethanol in alcohol-preferring and-nonpreferring rats", *European Journal of Pharmacology*, 26, 1998.

- June H.L., Torres L., Cason C.R. *et al.*, "The novel benzodiazepine inverse agonist R019-4603 antagonizes ethanol motivated behaviours: neuropharmacological studies", *Brain Research*, 784, 1998a.
- June H.L., Zuccarelli D., Torres L. *et al.*, "High-affinity benzodiazepine antagonists reduce responding maintained by ethanol presentation in ethanol-preferring rats", *Journal Pharmacology Experimental Therapy*, 284, 1998b.
- Kakko J., Svanborg K.D., Kreek M.J., Heiling M., "1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial", *The Lancet*, 361, 2003.
- Kakko J., Gronbladh L., Svanborg K.D., von Wachenfeldt J., Ruck C., Rawlings B., Nilsson L.H., Heilig M., "A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomised controlled trial", *The American Journal Psychiatry*, 164, 2007.
- Korninger C., Roller R.E., Lesch O.M., "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol withdrawal syndrome in patients admitted to hospital", *Acta Med. Austriaca*, 30: 83-86, 2003.
- Kosten T.R., Rounsaville B.J., Kleber H.D., "Parental alcoholism in opioid addicts", *Journal Nervous Mental Disease*, 173, 1985.
- Krystal J.H., Cramer J.A., Krol W.K., Kirk G.F., Rosenheck R.A., Veterans Affairs Naltrexone Cooperative Study 425 Group, "Naltrexone in the treatment of alcohol dependence", *New England Journal Medicine*, 345, 2001.
- Leonardi C., Hanna N., Laurenzi P., Fagetti R. e IDAC Group. Multi-centre observational study of buprenorphine use in 32 Italian drug addiction centres. *Drug and Alcohol Dependence*, in press, 2007.
- Lewis C.E., Halikas J.A., Morse C., Rimmer J.D., "Alcoholism in narcotic addicts with antisocial personality", *British Journal of Addiction*, 82, 1987.
- Liebson I., Bigelow G., Flamer R., "Alcoholism among methadone patients: a specific treatment method", *The American Journal of Psychiatry*, 13, 1973.
- Ling W., Wesson D.R., Charuvastra C., Klett C.J., "A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence", *Archives General Psychiatry*, 53, 1996.
- Madden T.E., Johnson S.W., "Gamma-hydroxybutyrate is a GABAB receptor agonist that increases a potassium conductance in rat ventral tegmental dopamine neurons", *Journal Pharmacology Experimental Therapeutics*, 287, 1998.
- Maremmani I., Lamanna F., Tagliamone A., "GHB (sodium gamma-hydroxybutyrate) long term therapy in treatment-resistant chronic alcoholics", *Journal Psychoactive Drugs*, 6, 2001.
- Maremmani I., Pani P.P., Mellini A., Pacini A., Marini G., Lovrecic M., Perugi G., Shinderman M., "Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone treatment", *Journal Addiction Disease*, 26, 2007.
- Maremmani I., Pacini M., "Use of sodium gamma-hydroxybutyrate (GHB) in alcoholic heroin addicts and polydrug abusers", *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 9 (1): 55-76, 2007.
- Mattick P.P., Ali R., White J.M., O'Brien S., Wolk S., Danz C., "Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomised double-blind trial with 405 opioid-dependent patients", *Addiction*, 98, 2003.
- Meunier J.C., Mollereau C., Toll L., Suaudeau C., Moisand C., Alvinerie P., Butour J.L., Guillemot J.C., Ferrara P., Monsarrat B. *et al.*, "Isolation and structure of the endogenous agonist of opioid receptor-like ORL1 receptor", *Nature*, 377, 1995.
- Mihalek R.M., Bowers B.J., Wehner J.M., Kralic J.E., VanDoren M.J., Morrow A.L., Homanics G.E., "GABA(A)-receptor delta subunit knockout mice have multiple defects in behavioral responses to ethanol", *Alcohol Clinical Experimental Research*, 25, 2001.
- Myers R.D., Robinson D.E., "Mmu and D2 receptor antisense oligonucleotides injected in nucleus accumbens suppress high alcohol intake in genetic drinking HEP rats", *Alcohol*, 18, 1999.
- Nava F., "L'uso del gamma-idrossibutirrato negli eroinomani alcolisti: aspetti critici e possibili modalità d'uso", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, Suppl. vol. 8, 2006.
- Nava F., "Reply to the letter 'Are the effects of gamma-hydroxybutyrate (GHB) treatment partly physiological in alcohol dependence?' by Olivier Ameisen", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 2008.
- Nava F., Manzato E., Leonardi C., Lucchini A., "Buprenorphine suppresses alcohol intake in heroin addicts with alcohol dependence", *submitted for publication*, 2008.
- Nava F., Premi S., Manzato E., Lucchini A., "Comparing treatments of alcoholism on craving and biochemical measures of alcohol consumption", *Journal of Psychoactive Drugs*, 38, 2006.
- Nava F., Premi S., Manzato E., Campagnola W., Lucchini A., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyrate reduces both withdrawal syndrome and hypercortisolism in severe abstinent alcoholics: an open study vs. diazepam", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 2007.
- New D.C., Wong Y.H., "The ORL1 receptor: molecular pharmacology and signalling mechanisms", *Neurosignals*, 11, 2002.
- Olive M.F., Koenig H.N., Nannini M.A., Hodge C.W., "Stimulation of endorphin neurotransmission in the nucleus accumbens by ethanol, cocaine, and amphetamine", *Journal of Neuroscience*, 21, RC184.
- O'Malley S.S., Jaffe A.J., Chang G., Schottenfeld R.S., Meyer R.E., Rounsaville B., "Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study", *Archives General Psychiatry*, 49, 881-887.
- Picard N., Cresteil T., Djebli N., Marquet P., "In vitro metabolism study of buprenorphine: evidence for new metabolic pathways", *Drug Metabolism Disposition*, 33, 2005.
- Poldrugo F., Addolorato G., "The role of gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: from animal to clinical studies", *Alcohol & Alcoholism*, 34, 1999.
- Rittmannsberger H., Silberbauer C., Lehner R., Ruschak M., "Alcohol consumption during methadone maintenance treatment", *European Addiction Research*, 6, 2000.
- Roberts A.J., Gold L.H., Polis I., McDonald J.S., Filliol., Kieffer B.L., Koob G.F., "Increased ethanol self-administration in delta-opioid receptor knockout mice", *Alcohol Clinical Experimental Research*, 25, 1249-1256.
- Robinson S., "Buprenorphine: an analgesic with an expanding role in the treatment of opioid addiction", *CNS Drug Review*, 8, 2002.
- Rosen M.I., Pearsall H.R., Woods S.W., Kosten T.R., "Effects of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in opioid-dependent patients", *J. Subst. Abuse Treat.*, 14 (2): 149-154, 1997.
- Schmidt-Mutter C., Muller C., Zwiller J., Gobaille S., Maitre M., "Gamma-hydroxybutyrate and cocaine administration increases mRNA expression of dopamine D1 and D2 receptors in rat brain", *Neuropsychopharmacology*, 21, 1999.
- Senbanjo R., Wolff K., Marshall J., "Excessive alcohol consumption is associated with reduced quality of life among methadone patients", *Addiction*, 102, 2006.
- Sieghart W., "GABA_A receptors: ligand-gated Cl⁻ ion channels modulated by multiple drug-binding sites", *Trends in Pharmacological Sciences*, 13, 1992.
- Spano M.S., Fattore L., Fratta W., Fadda P., "The GABAB receptor agonist baclofen prevents heroin-induced reinstatement of heroin-seeking behavior in rats", *Neuropharmacology*, 52, 2007.
- Stastny D., Potter M., "Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes", *British Journal Addiction*, 86, 1991.
- Tabakoff B., Hoffman P.L., "Alcohol interactions with brain opiate receptors", *Life Science*, 32, 197-204.
- Volpicelli J.R., Alterman A.I., Hayashida M., O'Brien C.P., "Naltrexone in the treatment of alcohol dependence", *Archives General Psychiatry*, 51, 1994.
- Volpicelli J.R., Watson N.T., King A.C., Sherman C.E., O'Brien C.P., "Effect of naltrexone on alcohol 'high' in alcoholics", *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995.
- Walker B.M., Koob G.F., "The gamma-aminobutyric acid-B receptor agonist baclofen attenuates responding for ethanol in ethanol-dependent rats", *Alcohol Clinical Experimental Research*, 31, 2007.
- Westrich L.M., "Alcohol and mental illness: clinical focus", *Primary Psychiatry*, 12, 2005.
- Wong C.G., Gibson K.M., Snead OC 3rd, "From the street to the brain: neurobiology of the recreational drug gamma-hydroxybutyric acid", *Trends in Pharmacological Sciences*, 25, 2004.
- Zador S., Sunjic D., "Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995", *Addiction*, 95, 2000.
- Zhang W., Ramamoorthy Y., Tyndale R.F., Sellers E.M., "Interaction of buprenorphine and its metabolite norbuprenorphine with cytochromes p450 in vitro", *Drug Metabolism Disposition*, 31, 2003.
- Zvosec D.L., Smith S.W., "Agitation is common in gamma-hydroxybutyrate toxicity", *American Journal Emergency Medicine*, 23, 2005.

Quando sognare non fa volare... Craving e rischio di recidiva. I sogni come manifestazioni del craving ossessivo

Fiammetta Mozzoni^o, Bruna Ponticelli*

SUMMARY

■ *In this work we began describing the neurobiological mechanism involved in drug addiction and we pointed out the important role played by Dopaminergic nucleus of Lymbic System. In fact all drugs, in different ways, induce an increase in the plasmatic concentration of Dopamine. For this reason, Dopamine, is called "pleasure neurotransmitter" and is mainly responsible for the onset establishment of addiction not only to drugs, but also to other rewarding stimuli as shopping, internet, eating, gambling, etc.. Craving was pointed out as an important revealing aspect of addiction, and scientists a psycobiologic explicative model which characterizes the three main aspects of craving: reward craving, relief craving and obsessive craving. Finally we analyzed obsessive craving and its different manifestations. Particular dreams, like intrusive thoughts, may have an important role in the increase of desire to assume drugs. Moreover, controlling impulses becomes more difficult when the "drive", that is the orbito-frontal nucleus of the cerebral cortex, is stimulated. These considerations lead to the conclusion that, dreams of drug assumption, even if they appear also several months of abstinence, are a significant manifestation of obsessive craving, and, can, therefore increase the risk of relapse. ■*

Keywords: Drug addiction, dreams, dopaminergic nucleus, obsessive craving.

Parole chiave: Tossicodipendenza, sogni, nucleo dopaminergico, craving ossessivo.

I meccanismi neurobiologici delle dipendenze

La dopamina è un neurotrasmettitore e neuromodulatore che gioca un ruolo centrale nella performance dei comportamenti finalizzati conseguenti a stimoli incentivanti. In particolare, tra le aree cerebrali influenzate dai neuroni dopaminergici, un ruolo fondamentale è svolto dal nucleo accumbens. Esso è composto da una regione definita "shell" che fa parte di strutture che sono implicate nella integrazione di emozioni che provocano risposte motorie vegetative e neuroormonali e di una regione definita "core" responsabile dell'integrazione delle risposte motorie.

I neuroni dopaminergici, oltre al nucleo accumbens, raggiungono altre strutture tra cui l'amigdala e l'ippocampo. Queste due strutture contribuiscono in maniera sostanziale al controllo dell'emozionalità, dell'affettività e dei processi cognitivi. La diversa distribuzione e le diverse funzioni della dopamina nel cervello fanno sì che essa controlli l'integrazione di informazioni rilevanti dal punto di vista biologico e che permetta, quindi, all'individuo di eseguire e/o ripetere risposte comportamentali finalizzate. La varietà degli effetti della dopamina sui comportamenti motivati dipende anche dal diverso grado di risposta dei neu-

roni dopaminergici a due diversi tipi di stimoli motivazionali: gli stimoli appetitivi e consumatori. I primi servono ad attrarre l'individuo verso una ricompensa allo scopo di ottenerla (per esempio l'odore di una sostanza o la vista di un contenitore nel quale solitamente la sostanza è contenuta), mentre i secondi sono utili a mantenere l'individuo in contatto con la ricompensa affinché possa usufruirne (per esempio il gusto gradevole di una bevanda alcolica). I neuroni dopaminergici della via mesocorticale sono attivati sia da stimoli appetitivi che consumatori mentre quelli della via mesolimbica sono attivati soltanto da stimoli consumatori. I sogni possono essere considerati stimoli appetitivi e in tal senso attivano la via dopaminergica mesocorticale. La via dopaminergica mesolimbica rappresenta la via finale comune per il rinforzo e la gratificazione indotti da stimoli fisiologici o da sostanze d'abuso psicotrope. La dopamina è definita per questo motivo da molti ricercatori il "neurotrasmettitore del piacere". Il rilascio della dopamina a livello del circuito mesolimbico viene normalmente prodotto da un'ampia varietà di stimoli fisiologici gratificanti come quelli indotti per esempio dall'ascolto di musica gradevole, dalla visione di un bel panorama, da un'esperienza orgasmica, da cibi gustosi, dal gioco d'azzardo, dal fare shopping, ecc. Il rilascio di dopamina in risposta a tali stimoli rientra in un "range" che è compreso entro picchi fisiologici. Inoltre esso è anche modulato dal contemporaneo rilascio di specifici neurotrasmettitori e neuromodulatori, tra cui le endorfine o "oppioidi endogeni", l'anandamide o "marijuana cerebrale", l'acetilcolina o "nicotina cere-

^o Psicologo Psicoterapeuta.

*Psicologo Volontario.

Unità Funzionale Dipendenze Zona Apuane, Azienda USL1 Massa-Carrara.

brale". Esiste un "range" ottimale, specifico per ciascun individuo, entro il quale la quantità di dopamina rilasciata e il livello di risposta dei recettori dopaminergici mesolimbici producono effetti gratificanti. La via dopaminergica mesolimbica, oltre che dagli stimoli ambientali, viene anche direttamente attivata da un elevato numero di sostanze psicotrope. Per questo motivo l'assunzione di tali sostanze, siano esse presenti in natura o di sintesi, produce una gratificazione molto intensa e veloce. Le diverse sostanze agiscono in maniera differente nell'aumentare la concentrazione di dopamina nel nucleo mesolimbico: blocco della ricaptazione (cocaina), stimolazione della liberazione (anfetamina), rimozione dei meccanismi inibitori sui neuroni dopaminergici (oppioidi). L'insieme dei complessi meccanismi che caratterizzano la gratificazione è responsabile del rapido instaurarsi del fenomeno della dipendenza. Tuttavia il sistema dopaminergico non viene considerato un sistema di "liking" o dell'apprendimento di nuovi stimoli piacevoli o spiacevoli, ma come un sistema di "waiting", cioè dell'aspettativa e del desiderio rispetto agli stimoli piacevoli. In tal senso esso può essere ragionevolmente considerato più il mediatore dell'aspettativa che del rinforzo in sé: l'inaspettata possibilità di consumare cibo stimola l'incremento di dopamina nella parte periferica del nucleo accumbens (shell); l'esposizione allo stimolo appetitivo incrementa la dopamina in modo significativamente più consistente nella parte centrale dell'accumbens (core). Concludendo, le sostanze d'abuso psicotrope, siano esse sedative (alcol etilico, eroina, marijuana, benzodiazepine, barbiturici) o eccitanti (nicotina, cocaina, anfetamine) producono i loro effetti attraverso un meccanismo comune: la stimolazione del sistema dopaminergico mesolimbico. L'utilizzo di un unico circuito neurotrasmissitoriale può in parte spiegare il perché il tossicodipendente è portato ad assumere contemporaneamente diverse sostanze psicotrope.

Dipendenza e *craving*

Secondo la definizione dell'OMS "la dipendenza è uno stato di disagio prodotto dall'acuta sottrazione di una sostanza chimica a un individuo cronicamente esposto ad essa, condizione che può essere alleviata riprendendo l'introduzione della stessa sostanza d'abuso psicotropa o di un'altra provvista di azioni farmacologiche simili". Il disagio è caratterizzato da una non ben definita insoddisfazione e da un incoercibile desiderio di assumere la sostanza. La dipendenza è caratterizzata dalla presenza di specifici sintomi fisici e psichici di intensità variabile che dipendono dal tipo di sostanza psicotropa, dalla dose e dal periodo di assunzione. La dipendenza fisica si manifesta con la sindrome di astinenza. Essa è particolarmente grave con i depressivi del Sistema nervoso centrale come l'eroina, l'alcol etilico, le benzodiazepine e i barbiturici e si manifesta con un'intensa stimolazione psicomotoria e neurovegetativa. Tale iperattività neuronale rappresenta il tentativo del cervello di normalizzare le sue funzioni alterate dovute all'effetto inibitorio indotto dall'uso cronico di depressivi. Un'importante manifestazione della dipendenza, che compare soprattutto con gli stimolanti del Sistema Nervoso Centrale (cocaina e anfetamine), è il *craving*. Esso può essere definito come un'attrazione di intensità variabile nei confronti di una sostanza psicotropa d'abuso. Quando è al di sotto di una certa intensità esso rappresenta una condizione fisiologica comune alla maggior parte degli esseri umani, se invece supera una certa soglia acquista caratteristiche patologiche fino alla comparsa di gravi alterazioni psicofisiche che por-

tano il soggetto a pensare unicamente alla sostanza da cui è attratto e ai mezzi con cui procurarsela. Il *craving* rappresenta la principale causa di recidiva per il tossicodipendente. Un interessante modello psicobiologico di analisi del *craving* identifica tre possibili vie responsabili dell'instaurarsi dello stesso in relazione alle aspettative che ne sostengono l'intensità, ai neurotrasmettitori coinvolti e allo stile della personalità correlato. Una prima forma di *craving* è detto "*reward craving*": la via che lo attiva è appunto il desiderio di gratificazione e la disregolazione del sistema dopaminergico/oppioido nonché una personalità "*reward seeking*". La seconda forma di *craving* o "*relief craving*" è sostenuta dal desiderio di ridurre la tensione o lo stato di *arousal*. Le vie neuroendocrine coinvolte comprenderebbero, in questo caso, il disequilibrio tra sistema GABAergico e recettori NMDA. La personalità che più facilmente può presentare questo tipo di *craving* è caratterizzata da un'elevata reattività allo stress. Infine la terza forma di *craving* è detto "*obsessive craving*" ed è caratterizzato dalla mancanza di controllo nei confronti del pensiero intrusivo della sostanza. La disfunzione neuroendocrina associata a questa terza condizione sarebbe rappresentata da un deficit della serotonina correlato ad un tipo di personalità con difficoltà del controllo degli impulsi. Concludendo esistono diverse vie sensoriali, strategie relazionali e fattori intrapsichici che possono scatenare il *craving*. Importanti studi di brain imaging hanno evidenziato un'abnorme attivazione del "*drive*", cioè il nucleo orbito-frontale della corteccia cerebrale con una automizzazione rispetto ai normali input provenienti dal sistema di gratificazione. In altre parole il nucleo che sintetizza le afferenze sensoriali al fine di produrre decisioni comportamentali diverrebbe iperfunzionante e incontrollabile causando la compulsione ad assumere la sostanza. Ciò può anche contribuire a dare risposta ad un interrogativo per molto tempo rimasto in sospenso: perché dopo tanti anni di tossicodipendenza, al momento in cui la tolleranza ha vanificato gli effetti gratificanti della sostanza e nella fase in cui prevalgono gli effetti avversi, il tossicodipendente rimette in atto il comportamento compulsivo di assunzione della sostanza.

I sogni come fattori di rischio della recidiva

I livelli di molti neurotrasmettitori sinaptici variano in modo circadiano, per cui è stata avanzata l'ipotesi che l'inizio del sonno e il suo mantenimento siano controllati da cambiamenti di attività di differenti sistemi di trasmissione. Esistono ampie interazioni tra l'attività dei neurotrasmettitori e particolari stati del sonno. I farmaci antidepressivi sopprimono in modo considerevole il sonno REM, nei dipendenti da anfetamine, la preponderanza di sonno REM, nel periodo di non assunzione, può essere correlata ai sogni spaventosi che essi hanno durante la disintossicazione. Vi è anche da dire che durante la fase iniziale dell'assunzione dei farmaci avviene una riduzione del sonno REM, mentre un graduale adattamento all'uso del farmaco ne determina un ritorno. Analogamente in seguito all'interruzione improvvisa del farmaco si manifesta un periodo di sonno REM con un'intensità tale che molte persone avvertono come sgradevole e che può portare nuovamente all'assunzione del farmaco come sostegno per dormire. Nella pratica clinica viene frequentemente riferita la produzione di sogni a circa due mesi di astinenza dalla sostanza. Questo fenomeno è ascrivibile alla ricomparsa progressiva del sonno REM, inibito in precedenza dall'uso continuativo della sostanza psicotropa. È noto in letteratura l'effetto inibitorio sia degli stimolanti che dei neurodepressivi

sulla fase REM e la conseguente assenza di sogni. Prevalentemente i pazienti riferiscono che tali sogni riguardano l'assunzione della sostanza o il tentativo di assumerla, provocando al risveglio sensazioni avvertite come sgradevoli, disforia e irritabilità nonché un forte desiderio della stessa. All'aumento del desiderio si accompagnano i pensieri intrusivi incontrollabili sulla sostanza. Facendo riferimento al modello psicobiologico del "craving" sopra descritto, i sogni e i pensieri intrusivi possono essere considerati una manifestazione del cosiddetto "obsessive craving". I sogni presumibilmente funzionano come stimoli appetitivi e, attivando la via dopaminergica mesocorticale, attirano il soggetto verso la sostanza allo scopo di assumerla. Parallelamente viene attivato il "drive", ovvero il nucleo orbito-frontale della corteccia cerebrale, che diviene iperfunzionante determinando l'impossibilità per il soggetto di controllare l'impulso ad assumere la sostanza. Inoltre il rischio di una recidiva è correlato anche al ruolo che la sostanza svolge per il tossicodipendente: essa rappresenta un oggetto esterno affidabile e controllabile che viene assunto compulsivamente nel tentativo di ricercare la "relazione perfetta", la relazione cioè nella quale l'oggetto è sempre disponibile e pronto a soddisfare i bisogni della persona.

Conclusioni

La via dopaminergica mesolimbica rappresenta la via finale comune per il rinforzo e la gratificazione conseguenti a stimoli fisiologici o all'effetto di sostanze psicotrope. Pertanto, attualmente, la comunità scientifica considera prevalentemente l'addiction "come un problema della mente causata da cambiamenti persistenti nelle strutture e nelle funzioni mentali" (Lesh-

ner, 2001). Tutti i tipi di addiction presentano alcune caratteristiche comuni come la compulsività, i pensieri intrusivi ed egodistonici, il discontrollo degli impulsi che inducono alla reiterazione dell'atto. Le precedenti considerazioni portano a riflettere sull'importanza di dare rilievo a tutte le diverse manifestazioni del craving. I sogni, insieme ai pensieri intrusivi sulla sostanza, richiamano le memorie di schemi comportamentali relativi all'assunzione di essa, alimentando un circolo vizioso che aumenta inesorabilmente il rischio di recidiva anche dopo mesi di astinenza.

Riferimenti bibliografici

1. Gerra G., Zaimovic A., "Craving: Aspetti comportamentali e biologici" in "Vulnerabilità all'addiction" (a cura di), Serpelloni G., Gerra G. (2002).
2. Cannizzaro E., "Neurbiologia delle dipendenze", in *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia* (a cura di), Caretti V., La Barbera D., Milano, Raffaello Cortina (2005).
3. World Health Organization, ICD-10, "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders", Geneva: World Health Organization (1992).
4. Grace A.A., "The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving", *Addiction*, 95, suppl. 2: pp. 119-128 (2000).
5. Volkow N.D., Fowler J.S. "Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex", *Cereb. Cortex*, 10 (3): 318-3225 (2000).
6. Kalyanakrishnan Ramakrishnan, Dewey C. Scheid, *treatment Option Physician*, 2007, 76: 517-626, 527-8.
7. Caretti V., La Barbera D. (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina.
8. Leshner A.I. (2001), Addiction is a brain disease. *Science and Technology Online*, Spring 2001.

RECENSIONE



Pietro Fausto D'Egidio,
Sandro Petricone (a cura di)

PREVENIRE PER NON RISCHIARE

Collana: Clinica delle dipendenze e dei
comportamenti di abuso/Quaderni
direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 192, € 18,00 – Cod. 231.1.11

A partire dai risultati di un'indagine sulla condizione giovanile, condotta sugli studenti delle scuole superiori in un contesto territoriale specifico (Penne, Pescara), il volume intende proporre un'analisi e una riflessione sugli atteggiamenti, i comportamenti, le rappresentazioni e i costumi degli adolescenti di oggi.

Il progetto di ricerca da cui il volume trae spunto si colloca all'interno di un più ampio quadro di indagini che dalla prima metà degli anni '80 hanno permesso di studiare sia a livello nazionale che a livello locale le evoluzioni del mondo giovanile.

Il testo si sofferma, con una ricca quantità di dati, su diversi ambiti della vita degli studenti: i valori, le credenze, la vita in famiglia,

le attività del tempo libero, la percezione delle norme, la propensione alla trasgressione, l'atteggiamento verso la salute. Una particolare attenzione è stata riservata al rapporto con le sostanze psicotrope, al fine di acquisire informazioni utili alla progettazione e alla realizzazione di efficaci interventi di prevenzione e contrasto dell'abuso di alcol e droghe.

Per le sue caratteristiche il volume si rivolge a quanti si occupano, a vari livelli, di progetti di intervento e prevenzione rivolti ai giovani.

Pietro Fausto D'Egidio, medico, è direttore del Ser.T. della USL di Pescara; membro della Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze presso il Ministero della Solidarietà Sociale e coordinatore del Gruppo di lavoro sulla Prevenzione universale e promozione della salute, è segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD, e docente a contratto di Clinica delle dipendenze presso l'Università di Chieti. Autore di numerosi articoli e saggi sull'uso di sostanze, per i nostri tipi ha pubblicato, insieme a M. Da Fermo, *I giovani in Abruzzo*.

Sandro Petricone, sociologo, è dirigente sociologo presso la USL di Pescara. Si occupa del mondo giovanile dal 1982, lavorando nei consultori familiari e nel Ser.T. di Pescara. Collabora con le Facoltà di Sociologia delle Università di Trento, Chieti-Pescara e Teramo. È presidente dell'AISP-Abruzzo e componente del direttivo nazionale della stessa Associazione.

Meccanismi psicologici delle tossicodipendenze

Francesco Tarantino*

SUMMARY

■ *In this article I analyze the psychological mechanisms of addiction in different approaches. I, particularly, expound a personal model that I define “evolutive – existential approach in the origin of drug – addiction” that has the phenomenological – existential perspective as reference.*

This model is the result of a lot of years of research and working experience, whose results were published in “Tossicomane ed esistenza: aspetti psicologici e psicoterapeutici”, in 1995, and other books.

This approach is evolutive because it takes into consideration the personal story and so the stages of existential development (or evolutive stages) of the drug addict. It is existential because the situations that lead the person to drug – addiction as time passed reflect the ways with which he tries to open himself to the world and look for his being, that is existence (ex-sistere).

With this new approach, I want to give a contribution in the understanding and explanation of the psychological mechanisms of drug – addiction to be used for educational, social, clinical reasons. ■

Keywords: *Addiction, artificial existence, evolutive-existential.*

Parole chiave: *Tossicodipendenza, esistenza artificiale, evolutivo-esistenziale.*

Premessa

L'analisi dei meccanismi psicologici delle tossicodipendenze¹ rimanda ad una premessa necessaria che può essere sintetizzata nella seguente domanda: “Vi è, allo stato attuale, un sistema teorico di assunti condiviso da parte degli studiosi che si occupano dei meccanismi psicologici delle tossicodipendenze? La risposta, come si può facilmente immaginare, è negativa poiché vi sono diverse spiegazioni che riflettono i vari approcci della psicologia².

Di conseguenza, in questo scritto, i meccanismi psicologici delle tossicodipendenze saranno presi in considerazione tenendo presente i diversi approcci e cioè: psicobiologico, cognitivo-comportamentale, psicodinamico, relazionale, sociale e fenomenologico. Questi approcci saranno integrati da un mio punto di vista personale, che definisco “approccio evolutivo-esistenziale nella genesi delle tossicomane”, e che si inquadra nell'indirizzo fenomenologico.

Prima di fare una breve sintesi dei meccanismi psicologici delle tossicodipendenze è necessario partire da una definizione dell'*addiction* e dei relativi presupposti, differenziando gli effetti prodotti da una sostanza da quelli indotti da un evento. In tal modo si possono distinguere: 1) gli stati di tossicodipendenza, o *addiction*, tradizionalmente intesi (dipendenza da sostanze), 2)

le nuove dipendenze, o *new addictions* (dipendenze da video, da gioco, ecc.³).

Le tossicodipendenze per evolversi presuppongono un incontro tra un prodotto, una personalità ed una situazione particolare (Olievenstein⁴).

La definizione di tossicodipendenza dell'OMS (“uno stato d'intossicazione cronica nociva all'individuo ed alla società provocato dal consumo ripetuto di una droga naturale o sintetica⁵”) appare ancora idonea.

L'approccio psiconeurobiologico

Nell'approccio psiconeurobiologico (si vedano i diversi lavori curati da Serpelloni e coll.⁵), le sostanze d'abuso forniscono un surrogato alle gratificazioni naturali per stimolazione diretta dei centri cerebrali preposti ad importanti funzioni della conservazione della specie e dell'individuo (funzioni nutrizionali, sessuali, ecc.).

Le strutture biologiche terminali, dove sono interpretati gli stimoli forniti dalle sostanze d'abuso, si trovano nelle aree limbiche del SNC, mentre, le proprietà gratificanti riportano ad una via finale comune identificata nella stimolazione dopaminergica⁶.

I meccanismi psicologici, secondo questo approccio, vanno ricercati in un apprendimento alterato che ha come fulcro il *craving*, (concetto psicologico-comportamentale) che evidenzia le capacità che hanno alcune sostanze di dare proprietà emotive a stimoli, diversamente neutri, che tuttavia sono condizionati ad esso.

* *Dirigente Resp. del Ser.T. di Copertino - ASL Lecce. Psicologo Psicoterapeuta.*

Sembra, infatti, che gli stessi circuiti cerebrali siano attivati indifferentemente dall'*addiction*, dalle gratificazioni naturali, prodotte per es. dal cibo, e dalle dipendenze naturali (sesso). Ciò significa che in ogni *addiction* è presente, sia pure in varia misura, una costante interazione tra fattori biologici e psicologici e quindi tra mente e corpo.

Appaiono superate, quindi, le teorie che attribuivano l'*addiction* ad una deficit degli oppiacei endogeni o dei recettori di membrana (disfunzione della regolazione recettoriale), come pure quelle che davano risalto solo ai fattori genetici.

Le ultime teorie psiconeurobiologiche sostengono che i processi sottesi al *craving*, su cui si costruisce l'*addiction*, o le recidive, che caratterizzano l'essenza stessa di ogni dipendenza, sono risposte adattive (o neuroadattive) le quali producono una plasticità neuronale indotta proprio da una "nuova espressione genica"⁷.

I meccanismi psicologici (*craving*, apprendimento incentivo, gratificazione) acquistano, alla luce di queste nuove teorie, un'importanza fondamentale, soprattutto nell'interazione mente-corpo, specialmente se si tiene conto della teoria di E.L. Rossi⁸, denominata "genomica psico-sociale".

I limiti di questo approccio possono essere rintracciati nel sottovalutare le interazioni con gli altri fattori, come quelli psicodinamici, relazionali e sociali, che intervengono nell'impianto di una tossicomania.

L'approccio cognitivo-comportamentale

I meccanismi psicologici dell'*addiction* e delle dipendenze patologiche, secondo l'approccio cognitivo-comportamentale, danno rilievo, da un lato, ai comportamenti appresi nell'accezione data dalla scuola comportamentistica e, dall'altro, alle emozioni (intese soggettivamente) come teorizzata dalla scuola cognitivista⁹.

Di conseguenza, sul versante comportamentale, l'abuso di sostanze e l'abitudine tossicomana, ecc. sono comportamenti appresi tramite condizionamento classico, operante o per imitazione (o modellamento). Sul versante cognitivo, assumono una particolare importanza le credenze (o sistemi di convinzione) che rappresentano le modalità soggettive attraverso le quali le persone danno significato alle emozioni, sensazioni, motivazioni e comportamenti.

Il modello cognitivo-comportamentale permette di conoscere i meccanismi psicologici delle recidive, che caratterizzano la tossicodipendenza, e le relative modalità di "apprendimento anormale ed incentivo" che sostengono l'*addiction*.

Il punto di forza di questo modello consiste proprio nell'utilizzare questi due approcci.

La critica che si può muovere consiste nell'insufficiente considerazione dei fattori psicodinamici come l'inconscio, o, dei meccanismi difensivi, ecc. e di quelli sociali.

L'approccio psicodinamico

L'approccio psicodinamico¹⁰, in buona sostanza, dà rilievo alle deviazioni psicosessuali, nelle varie fasi di sviluppo (forme di perversione e masturbazione), e ad un inadeguato sviluppo dell'identità in quanto deviata. Queste deviazioni, quando incontrano una predisposizione particolare, rappresentano un fertile terreno su cui si impianta una qualsiasi dipendenza patologica come la dipendenza da droghe illegali e legali, da videogiochi,

da cibo, da gioco d'azzardo ecc. In generale l'*addiction*, quindi, è una risposta regressiva a fasi precedenti di sviluppo psico-sessuale.

Nel tossicodipendente, secondo questo approccio, non vi è un orientamento etero-sessuale ma, a livello latente, un orientamento omosessuale.

Il lavoro del lacaniano Olievenstein¹¹ spicca fra gli apporti psicodinamici giacché questo autore ha costruito una teoria dai risvolti operativi.

Tale autore riconduce la tossicodipendenza ad una patologica evoluzione della "fase dello specchio". La fase dello specchio è una fase costitutiva dell'Io ideale del bambino che dà avvio alle sue identificazioni secondarie in cui si riconosce altro da sé.

Il futuro tossicodipendente in questa fase si trova di fronte ad uno specchio infranto che gli porge un'immagine frammentaria, carica di vuoti e lo riporta allo stato fusivo precedente con la madre: "l'indifferenziazione del sé".

Il limite dell'approccio psicodinamico consiste nel centrare l'analisi di studio a livello individuale.

L'approccio relazionale¹²

Per quanto concerne l'approccio relazionale sono presi in considerazione gli studi di Cancrini¹³ che evidenzia diversi meccanismi psicologici dell'*addiction*, in relazione a 4 tipi di tossicomanie, rapportabili, peraltro a specifici quadri familiari. È opportuno esaminare, sia pure brevemente, qui di seguito le quattro tipologie descritte da Cancrini¹⁴.

Nella "tossicomanie traumatiche" il meccanismo è rapportabile alla copertura di un disagio o disadattamento rapportabile ad un trauma. Questo procura una frustrazione la quale è risolta, in modo regressivo, con una sostituzione (uso di droghe) di ciò che ha procurato il trauma. Non esiste un quadro familiare specifico: il figlio è un punto di riferimento (esemplare) della famiglia ed è percepito come forte e capace di risolvere le situazioni.

Nelle "tossicomanie nevrotiche" l'*addiction* copre una nevrosi il cui sintomo si impianta nella conflittualità di coppia o genitoriale e ne regola la distanza. Il disturbo del paziente assume il suo significato all'interno del sistema familiare o di coppia (matrimonio recitato, coinvolgimento di un genitore, triangolo perverso, fragili confini dei sottosistemi – invischiamento –, polarità buono-cattivo).

Nelle "tossicomanie borderline" i meccanismi sono rapportabili ad un disturbo borderline o schizotipico dove il sintomo tossicomano è in relazione ad una mancata individuazione e separazione (personalità non strutturate). Si impianta in un contesto familiare somigliante a quello di tipo psicotico.

Nelle "tossicomanie sociopatiche" prevale il disturbo antisociale di personalità dove il sintomo tossicomano mantiene le relazioni aggressive dipendenti in un sistema familiare disimpegnato e disorganizzato.

L'approccio sociale

In tale approccio¹⁵ i meccanismi psicologici della tossicodipendenza sono messi in relazione con il contesto socio-ambientale e culturale.

L'*addiction* appare correlata ad una forma di disadattamento sociale in una società che sembra incentrata sull'averesulla competitività, sul consumismo esasperato, sulla ricerca esasperata del piacere e del rischio, ecc. La nostra società in altri ter-

mini è una società che, per certi versi tende ad intossicare (si pensi per es. ad una forma, anche se indiretta, di approvazione sociale dell'uso di alcolici, ecc.), alle varie forme d'inquinamento (atmosferico, marino, acustico, ecc.).

Andreoli¹⁶ ritiene che il modello migliore per interpretare le tossicodipendenze giovanili sia quello del nichilismo dove, scompare la dimensione del futuro con la perdita di valori e di orientamenti. Il limite dell'approccio relazionale e sociale consiste nel centrare l'analisi di studio dei meccanismi psicologici dell'*addiction* a livello sociale con insufficiente rilievo ai fattori individuali e psicobiologici.

Il modello fenomenologico

Il modello fenomenologico (o meglio fenomenologico-esistenziale) ha come punto di partenza i limiti della psichiatria tradizionale che tende a seguire un determinismo biologico, con la riduzione delle componenti psicosociali, nell'evoluzione della malattia mentale¹⁷.

Questo approccio mette in risalto come la tossicomania sia legata alla perdita di significato del mondo e alla caduta dei valori umani (Borgna¹⁸), oppure, alla perdita dell'"essere-noi-insieme" o "noità" (Callieri¹⁹), o ancora, ad uno stato di coscienza crepuscolare o di "coscienza chiaroscurale" (Di Petta²⁰).

Ho dato un contributo personale nello studio dell'*addiction*, nella prospettiva fenomenologico-esistenziale²¹, definendo la tossicomania "esistenza artificiale" in quanto incarna un'esistenza inautentica, attraverso un approccio definito evolutivo-esistenziale di cui ne parlerò nel prossimo paragrafo. Questo mio approccio cerca di superare i limiti dell'approccio fenomenologico poiché questo ultimo tiene poco conto dei fattori psicodinamici, specialmente inconsci, e storico-sociali.

Un punto di vista personale: l'approccio evolutivo-esistenziale

Ho sviluppato questo mio approccio, che definisco evolutivo-esistenziale nella genesi delle tossicomanie (fig. n. 1), in molti anni di ricerca e di studio i cui risultati sono stati pubblicati, a partire dal 1995, nel volume "*Tossicomanie ed esistenza: Aspetti psicologici e psicoterapeutici*"²².

Ho ripreso l'argomento in tre lavori²³ di cui il primo è stato presentato al XIII Congresso Nazionale di Ipnosi, a Milano nel 2004. Gli altri due ("Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomanie: prospettive e proposte" e "Devianze e tossicodipendenze giovanili in una prospettiva esistenziale") sono stati pubblicati sulla rivista "Voci di Strada" rispettivamente nel 2004 e nel 2005. Inoltre ho dedicato alla formulazione di questo argomento parte di un capitolo (il quinto) di un altro mio volume pubblicato nel 2004, dal titolo "Nuove Frontiere in Psicoterapia ipnotica - La prospettiva fenomenologico-esistenziale".

Perché chiamo questo approccio evolutivo-esistenziale? È evolutivo in quanto tiene conto della storia personale e, quindi, dei cicli di sviluppo esistenziale (o cicli evolutivi) del tossicodipendente; è esistenziale perché le condizioni, che nel tempo hanno portato il soggetto all'*addiction*, riflettono le modalità con cui egli ha cercato di aprirsi al mondo e cercare l'essere, cioè di esistere (ex-sistere).

La prospettiva esistenziale, come implicitamente traspare da quanto detto sinora, include un approccio fenomenologico, sia come visione della realtà, sia come metodo per "significarla".

Tale metodo è rappresentato dall'epochè che, secondo Husserl²⁴, consiste nel sospendere il giudizio naturale al fine di non inficiare (di elementi estranei) ogni conoscenza della realtà.

Nel citato volume del 1995²⁵, ho definito, l'esistenza tossicomantica come un mondo: 1) frammentario, 2) della coesistenza impossibile, 3) della mancata esistenza progettuale, 4) della verità pseudo-oggettiva, 5) dell'esistenza artificiale, 6) del vuoto esistenziale, 7) della doppia negazione della personalità, 8) dell'istinto di morte, 9) della pseudo-religiosità, 10) del dramma interiore.

Per le fasi di sviluppo esistenziale ho fatto riferimento a Traversa (1955)²⁶, che ha come punto di riferimento il pensiero di Frankl²⁷, tenendo presente l'interazione con le fasi di sviluppo psicodinamiche e sociali e più in generale con i fattori psicobiologici.

Alla luce di quanto sopra esposto la tossicomania, con i relativi meccanismi psicologici, nell'approccio evolutivo-esistenziale può essere sintetizzata nel seguente modo.

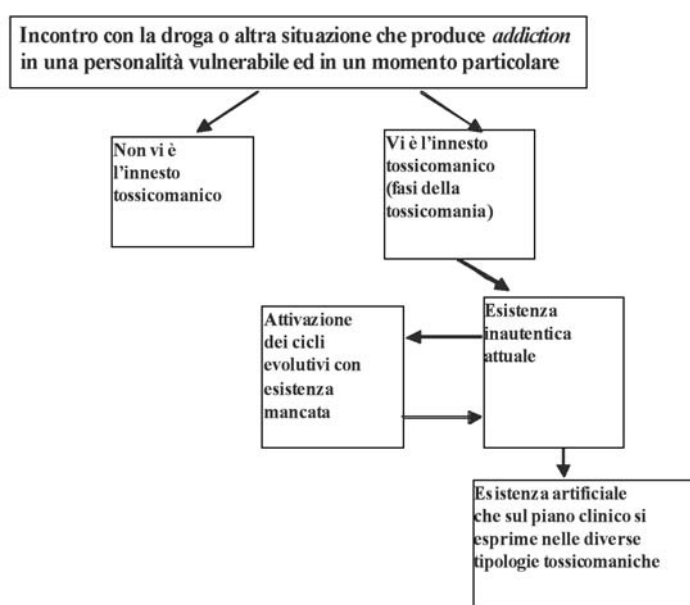
1. Vi è un incontro tra una persona, con vulnerabilità²⁸ nei processi di dipendenza, con la droga, o un evento che produce *addiction*, in un momento socio-culturale particolare il quale, in qualche modo, favorisce l'*addiction* stessa.
2. L'impianto dell'*addiction* si innesta in una persona che è avvolta in un'un'esistenza inautentica²⁹ già presente, anche se in modo latente, prima dell'incontro con le sostanze.
3. L'innesto quindi della dipendenza, a partire dall'incontro con la droga, poggia su una storia personale che, per certi versi, sotto il profilo psicobiologico, psicodinamico, relazionale, sociale ed esistenziale, facilita la strutturazione della dipendenza stessa.
4. La storia personale può essere considerata su una linea retta dove l'evento attuale è direttamente collegato con la storia passata dell'individuo e gli elementi di congiungimento, del presente con il passato, sono determinati dalla stessa emozione che ha dato origine all'evento stesso. In altre parole, non vi è soluzione di continuità tra l'emozione che si è manifestata in concomitanza di un evento storico rapportabile alla dipendenza e quello attuale dove vi è un incontro effettivo con la sostanza. In questo modo trovano spiegazione le storie di *addiction* che sembrano non avere legami con eventi passati.
5. L'incontro con la sostanza rappresenterebbe una sorta di ripetizione di un evento che già sotto altre forme si è manifestato nel tempo e che, per una serie di circostanze particolari, riveste un significato emotivo del tutto eccezionale, rappresentando il prototipo stesso delle successive ripetizioni (cioè l'uso continuato nel tempo di sostanze).
6. L'impianto tossicomantico, concepito come esistenza artificiale in quanto inautentica, ripresenta, tramite il vissuto emozionale, una forma di mancata esistenza, probabilmente, già sperimentata nel corso dei cicli esistenziali di sviluppo.
7. La dipendenza, quindi, dopo l'incontro con la droga, molto probabilmente, si impianta su un'inadeguata strutturazione dei cicli esistenziali di sviluppo con ripercussioni psicobiologiche e relative interazioni mente-corpo secondo quanto previsto dalla genomica psicosociale di Rossi (questa teoria sostiene una possibile influenzabilità tra mente e corpo attraverso "nuove espressioni geniche")³⁰.

Considerazioni conclusive

In conclusione i meccanismi psicologici dell'*addiction*, nell'approccio che ho proposto, si possono schematizzare (fig. n. 1) in quattro momenti, come di seguito indicati.

1. L'incontro di una persona vulnerabile con la droga.
2. La situazione di inautenticità attuale della persona che, nell'incontro con la droga, la riporta al passato con un identico vissuto emozionale (l'emozione rappresenta il collegamento lungo una linea retta tra il presente ed il passato).
3. Il vissuto emozionale che ripresenta una forma di mancata esistenza nel corso dei cicli esistenziali di sviluppo. La tossicomania in quanto esistenza artificiale può essere considerata una forma di esistenza mancata da aggiungere a quelle tracciate da Binswanger³¹.
4. Impianto tossicomano come esistenza artificiale, in quanto inautentica, che altera la comunicazione mente-corpo e si presenta nelle diverse tipologie tossicomane. A tal proposito può essere utile lo schema di riferimento delle tipologie descritte da Cancrini sintetizzate nel paragrafo relativo all'approccio relazionale in questo scritto.

Fig. 1 - Approccio evolutivo-esistenziale nella genesi delle tossicomanie



Sono evidenziati i quattro momenti: 1) incontro con la droga, 2) innesto tossicomano, 3) esistenza inautentica attuale con attivazione dell'esistenza mancata tramite l'emozione, 4) esistenza artificiale che si esprime nelle diverse tipologie tossicomane.

Questo approccio, che può essere considerato un modello (cioè un esempio), sebbene sia il frutto di lunghi anni di lavoro clinico e di ricerche sul campo, deve avere conferme sul piano delle evidenze cliniche e sperimentali.

L'utilità di questo modello, tuttavia, può derivare dal fatto che esso è in sintonia con le ipotesi formulate da Rossi (e la sua innovativa teoria denominata "genomica psicosociale"³²), e con gli attuali studi sperimentali che legano l'*addiction* alle disfunzionalità psiconeurobiologiche che alterano le "espressioni geniche". Alla luce di questo nuovo approccio, credo che i meccanismi psicologici delle tossicodipendenze possano essere meglio compresi (e spiegati) nonché utilizzati sotto il profilo educativo, sociale e clinico.

Note

1. Questo articolo ripropone, integrato con le note, la lezione dal titolo "Meccanismi psicologici della tossicodipendenza", che ho tenuto il 12-

10-2007, a Stignano (S. Marco in Lamis), nell'ambito del corso pluriennale organizzato dalla sezione del Dipartimento Dipendenze Patologiche del Ser.T. del Gargano - ASL Foggia. Il testo di tale articolo è stato inviato elettronicamente ed in formato cartaceo all'organizzazione del predetto corso per la relativa diffusione. Il contenuto, inoltre, di questa lezione raccoglie la mia esperienza ultradecennale di ricerca e di Dirigente Resp. del Ser.T. di Copertino-ASL Lecce, nonché di psicologo e psicoterapeuta.

2. Mecacci sostiene che la moderna psicologia si caratterizza per la coesistenza di linee di pensiero diverse, e non già per un sistema basilare di conoscenze ed applicazioni condiviso da tutti gli psicologi, per cui anche la prospettiva sperimentale è uno dei tanti modi per descrivere e spiegare la psiche. Di conseguenza la psicologia, conclude lo stesso autore, sarebbe "un'ermeneutica e una narrazione". Si veda L. Mecacci, *Storia della psicologia del Novecento*, Laterza, Bari, 1999, p. IX.

Secondo il mio punto di vista, la psicologia non può risolversi totalmente in una narrazione o in un'ermeneutica. E neanche la condivisione di un nucleo di conoscenze di base, da parte di tutti gli psicologi, risolverebbe i nodi cruciali della psicologia. Tra questi bisogna annoverare: 1) il suo problematico statuto scientifico con particolare riferimento ai metodi da utilizzare (clinico, sperimentale, statistico-descrittivo), 2) il suo oggetto di studio (la psiche, le condotte comportamentali, le relazioni, ecc.) e così via. Attualmente il metodo fenomenologico sembra offrire una possibilità di mediazione tra la visione di una psicologia appartenente alle scienze naturalistiche e quella che la colloca nelle scienze dello spirito. In altre parole bisogna partire, come asseriva Husserl (nel suo *Idee per una fenomenologia pura*, Einaudi, 1950, pp. 47-55), dalla differenza tra: 1) i dati di fatto (su cui si impianta una psicologia come scienza empirica), 2) e le essenze che sono oggetto della fenomenologia e più in generale della riflessione filosofica. A tal proposito si veda il primo capitolo del mio volume *Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica: la prospettiva fenomenologico-esistenziale*, Amisi, 2004, pp. 49-54.

3. Attualmente si tende a fare un differenza tra le *addiction* e le *new addictions*. Tra le prime si possono annoverare le droghe (sedative, stimolanti, dispercettive, empatogene ecc.), mentre tra le seconde si possono indicare: 1) il GAP (gioco d'azzardo patologico), 2) lo IAD cioè l'*internet addiction disorder* che comprende il *cybersexual addiction*, il *cyber-relational addiction*, il *computer addiction*, ecc., 3) la dipendenza da videogiochi come la videomania e la videofissazione, 4) la dipendenza da cellulare tra cui le dipendenze da SMS, da nuovo modello, ecc. Si veda G. Di Martino, M.G. Vitale, V. Ferrara, A. d'Amore, "Ricerca-intervento sul fenomeno delle new addictions in adolescenza", *Mission*, n. 20, 2006.

4. L. Scrosati Crespi, "Seminario con Olievenstein, C., "Un'impostazione terapeutica per la cura delle tossicodipendenze", *Attraverso lo specchio*, Roma, 1981, p. 38.

5. Nella compilazione di questo paragrafo si è fatto riferimento a: Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle tossicodipendenze*, SEMG, Roma, 1996, pp. 1-20; Marino V., Serpelloni G. (a cura), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova preparazione del consumo di droghe*, Galli, Varese, 2007, pp. 41-60; Serpelloni G., *HIV/AIDS e droga. Manuale per gli operatori di prevenzione*, Leonard, 1996, pp. 105-127.

6. Di Chiara G., *Psicobiologia delle tossicodipendenze*, in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., cit., pp. 1-10.

7. Somaini L., *Aspetti neurobiologici dell'addiction*, in Marino V., Serpelloni G. (a cura), cit.

8. Si veda: Rossi E.L., "La bioinformatica dell'ipnosi terapeutica: un aggiornamento neuroscientifico della neuropsicofisiologia dell'ipnosi ericksoniana", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica*, Anno 24, n. 3, 2004, pp. 207-220 e Rossi E.L., *Discorso tra geni. Neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia*, Editris, Morcone, 2004, pp. 111-138

9. Si è fatto riferimento a: Colombo F., "Aspetti cognitivo-comportamentali dell'uso di sostanze", in Marino V., Serpelloni G. (a cura), cit., pp. 91-102 e F. Tarantino, *Tossicomane ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, Capone, 1995, pp. 100-101.

10. Si è fatto riferimento a: Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*, NIS, Roma, 1982, capitolo 4; Scrosati Crespi L., cit.; Freud S., *Psicoanalisi e sessualità*, Newton Compton, Roma, 1975. Si è fatto riferimento anche a Manieri F., *Introduzione*, Freud S., cit.

11. Si veda Cancrini L., cit., cap. 3.
12. Si è fatto riferimento a: Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*, cit., Cancrini L., "Il punto di vista psicologico-familiare", in Andreoli V., Cancrini L., Fratta W., Gessa G.L., *Tossicodipendenze*, Masson, Milano, 1994.
13. Idem.
14. Idem.
15. Per la compilazione di questo paragrafo si è fatto riferimento a: Andreoli V., "Il punto di vista sociale", e "La tossicodipendenza: un personaggio a tre volti", in Andreoli V., Cancrini L., Fratta W., Gessa G.L., *Tossicodipendenze*, cit.
16. Andreoli V., *Giovani*, Rizzoli, Milano, 1995.
17. Ammaniti M., Antonucci F., Jaccarino B., *Appunti di psicopatologia*, Bulzoni, Roma, 1975.
18. Borgna E., "La tossicomania come esperienza psicoterapeutica", *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 1978.
19. Callieri B., "L'esperienza del leib sessuale nei tossicodipendenti", *Attualità in psicologia*, 1993.
20. Si veda: Di Petta G., "L'approccio fenomenologico alla clinica degli stati tossicomani. Il contributo della scuola italiana", *Mission*, n. 15, 2005, e Di Petta G., *Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, FrancoAngeli, Milano, 2006.
21. Tarantino F., *Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, cit.
22. Idem.
23. Si veda: Tarantino F., *Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, cit.; Tarantino F., "La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica*, Anno 24, n. 3, 2004; Tarantino F., "Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomanie: prospettive e proposte", *Voci di Strada*, Anno XVI, n. III, 2004; Tarantino F., "Devianze e tossicodipendenze giovanile in una prospettiva esistenziale", *Voci di Strada*, Anno XVII, n. I, 2005; Tarantino F., *Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*, AMISI, Milano, 2004.
24. Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il saggiaiore, Milano, 1968.
25. Tarantino F., *Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, cit., si vedano anche i miei lavori citati nella precedente nota n. 23.
26. Traversa C., "L'omologazione degli stadi e la nozione di ciclo di sviluppo", in *Psicologia dell'età evolutiva*, Infanzia anormale, vol. 13, p. 357, 1955. Secondo Traversa, prima di transitare nell'età adulta, vi sono cinque cicli caratterizzati da specifici tratti. Il primo ciclo (0-1 anno) è caratterizzato dalla rassicurazione dell'esistere, il secondo (1-3 anni) dall'esistere come individuo, il terzo (3-6 anni) dall'esistere come persona, il quarto (6-11 anni) dall'esistere con gli altri, il quinto (11-16 anni) dall'esistere come responsabilità. Personalmente ho messo in relazione tali cicli esistenziali con le relative evoluzioni tossicomane attraverso opportuni collegamenti con lo sviluppo psicobiologico, psicodinamico, relazionale e sociale. Si vedano i miei scritti già citati: "Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomanie: prospettive e proposte", "Devianze e tossicodipendenze giovanile in una prospettiva esistenziale", "La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale e il capitolo quinto del mio libro *Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*.
27. Frankl V.E., *Logoterapia e analisi esistenziale*, Morcelliana, Brescia, 1975.
28. Per una trattazione esaustiva del concetto di vulnerabilità si veda: Stanghellini G., *Antropologia della vulnerabilità*, Feltrinelli, 2006.
29. Per i concetti di autenticità e inautenticità si veda Heidegger, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1970.
30. Rossi E.L., *op. cit.*
31. Binswanger nel suo celebre libro, intitolato *Tre forme di esistenza mancata -esaltazione fissata-stramberia-manierismo* (Bompiani, Milano,

2001), descrive appunto tre forme di esistenza mancata e cioè: l'esaltazione fissata, la stramberia ed il manierismo. La tossicomania pur contenendo alcuni elementi di tali forme, descritte dal predetto autore, in realtà ha caratteristiche del tutto nuove che peraltro ho descritto nel mio volume, del 1995, intitolato *Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici* più volte citato.

32. Rossi E.L., *op. cit.*

Bibliografia

- Ammaniti M., Antonucci F., Jaccarino B., *Appunti di psicopatologia*, Bulzoni, Roma, 1975.
- Binswanger L., *Tre forme di esistenza mancata*, Bompiani, Milano, 2001.
- Borgna E., "La tossicomania come esperienza psicoterapeutica", *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 1978.
- Callieri B., "L'esperienza del leib sessuale nei tossicodipendenti", *Attualità in psicologia*, 1993.
- Di Chiara G., "Psicobiologia delle tossicodipendenze", in Serpelloni G., Pirastu R., Brignolo O., *Medicina delle tossicodipendenze*, SEMG, Roma, 1996.
- Di Petta G., "L'approccio fenomenologico alla clinica degli stati tossicomani. Il contributo della scuola italiana", *Mission*, n. 15, 2005.
- Di Petta G., *Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Di Martino G., Vitale M.G., Ferrara V., D'Amore A., "Ricerca-intervento sul fenomeno delle new addictions in adolescenza", *Mission*, n. 20, 2006.
- Heidegger M., *Essere e tempo*, Longanesi, 1968.
- Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il saggiaiore, Milano, 1968.
- Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura*, Einaudi, Torino, 1950.
- Frankl V.L., *Logoterapia e analisi esistenziale*, Morcelliana, Brescia, 1975.
- Marino V., Serpelloni G. (a cura), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova preparazione del consumo di droghe*, Galli, Varese, 2007.
- Mecacci L., *Storia della psicologia del Novecento*, Laterza, Bari, 1999.
- Peluso G., Tarantino F., *Tossicomanie ed integrazione dei servizi*, Martano, Lecce, 2000.
- Rossi E.L., "La bioinformatica dell'ipnosi terapeutica: un aggiornamento neuroscientifico della neuropsicofisiologia dell'ipnosi ericksoniana", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica*, Anno 24, n. 3, 2004
- Rossi E.L., *Discorso tra geni. Neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia*, Editris, Morcone, 2004.
- Scrosati Crespi L., "Seminario con Olievenstein C., "Un'impostazione terapeutica per la cura delle tossicodipendenze", *Attraverso lo specchio*, Roma, 1981.
- Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle tossicodipendenze*, SEMG, Roma, 1996.
- Serpelloni G., *HIV/AIDS e droga. Manuale per gli operatori di prevenzione*, Leonard, 1996.
- Tarantino F., *Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, Capone, Cavallino di Lecce, 1995.
- Tarantino F., "La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica*, Anno 24, n. 3, 2004.
- Tarantino F., "Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomanie: prospettive e proposte", *Voci di Strada*, Anno XVI, n. III, 2004.
- Tarantino F., "Devianze e tossicodipendenze giovanile in una prospettiva esistenziale", *Voci di Strada*, Anno XVII, n. I, 2005.
- Tarantino F., *Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*, AMISI, Milano, 2004.
- Traversa C., "L'omologazione degli stadi e la nozione di ciclo di sviluppo", in *Psicologia dell'età evolutiva*.

Analisi del capello: stato dell'arte nelle metodologie di laboratorio

Fiorenza Svaizer*

SUMMARY

■ *In the last years, we have noticed a growing legislative and sanitary interest about hair matrices, in particular with reference to scientific research and drug monitoring. Our work wants to comprehend hair matrices potential regarding to diagnostics-oriented analysis, addiction treatments, and researches on legal, medical and administrative purpose. We paid attention to absorption mechanisms, external contamination, advantages and aims of using hair matrices.* ■

Keywords: *drugs addiction, laboratory diagnostics, advantages and aims of using hair matrices.*

Parole chiave: *tossicodipendenza, diagnostica di laboratorio, vantaggi e problemi nell'esame della matrice pilifera.*

Negli ultimi anni le matrici pilifere hanno suscitato un interesse sempre crescente a livello sanitario e legislativo per la ricerca ed il dosaggio di xenobiotici, in particolare di sostanze d'abuso e farmaci. Per comprendere a pieno le potenzialità offerte da questa matrice nelle analisi finalizzate alla diagnostica ed al trattamento nelle tossicodipendenze e nelle indagini per scopi medico-legali e amministrativi, è opportuno focalizzare alcuni aspetti, come:

- i meccanismi di incorporazione;
- la valutazione della contaminazione esterna;
- i vantaggi e le finalità di impiego;
- le fasi del processo analitico per la ricerca e quantificazione degli analiti.

Meccanismi di incorporazione

Il capello rientra, assieme a saliva, sudore, unghie, nelle matrici biologiche dette non convenzionali, considerando convenzionali urina e sangue, in quanto di norma utilizzate in tutte le indagini. Queste matrici non sono equivalenti ai fini della possibilità di rilevamento temporale di xenobiotici: essi infatti sono rilevabili per poche ore in sangue e saliva, che consentono quindi di stabilire l'attualità d'uso e si possono trovare nell'urina per 2-3 giorni, qualche giorno in più i Cannabinoidi, documentando l'uso recente. Il capello, in base alla sua lunghezza, fornisce invece informazioni relative a periodi più lunghi, anche dei mesi; consente di aprire una finestra sul comportamento passato dell'individuo e di ricostruire la storia e l'intensità del contatto con le sostanze individuate ed inoltre, tramite l'analisi segmentale, di stabilire indicativamente una correlazione tra l'assunzione ed il periodo in cui

essa è avvenuta (settimane, mesi, anni). Questo perché le droghe vengono incorporate durante la crescita del capello.

Sono stati proposti due principali modelli teorici per spiegare il meccanismo di incorporazione, sebbene non sia stato ancora provato quale sia quello reale:

- un primo modello ipotizza che le sostanze d'abuso ed i farmaci siano incorporati all'interno di regioni del capello tramite il contatto diretto con i capillari sanguigni a livello del bulbo pilifero durante l'istogenesi del capello. Durante la sua crescita queste regioni diventerebbero inaccessibili all'ambiente esterno;
- un modello alternativo si basa sulla teoria di minima incorporazione di xenobiotici direttamente dal circolo sanguigno a livello del bulbo pilifero e massima incorporazione invece per contatto con le sostanze contenute nel sudore, nelle ghiandole sebacee, nelle escrezioni transdermiche. Secondo questo modello non esisterebbero regioni del capello inaccessibili all'ambiente esterno durante la crescita.

Definire il meccanismo è importante quindi per poter o no escludere l'incorporazione passiva.

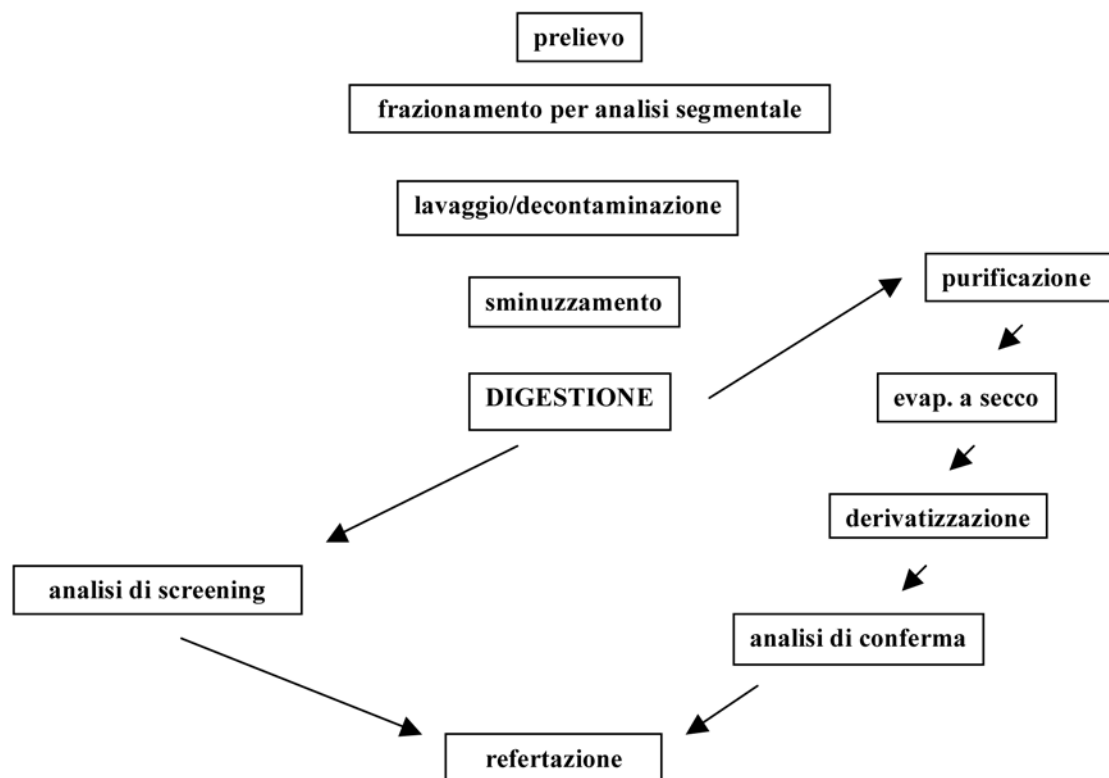
Valutazione della contaminazione esterna

La possibilità della contaminazione esterna del capello va considerata; essa può essere involontaria per esposizione passiva, oppure volontaria nel caso in cui il soggetto abbia interesse ad evidenziare l'uso personale di droghe. È importante valutarla per poter disporre di elementi sufficienti a sostenere l'uso delle sostanze ricercate piuttosto che l'esposizione, tramite:

- la ricerca, l'identificazione e la quantificazione dei metaboliti;
- l'uso del rapporto metaboliti/sostanza parente;
- l'analisi delle soluzioni di lavaggio.

* Laboratorio Igiene Epidemiologia Sanità Pubblica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Fig. 1 - Processo analitico per la determinazione delle sostanze d'abuso in matrice cheratinica



Vantaggi e finalità di impiego

Un valore aggiunto alla scelta dell'analisi in matrice cheratinica deriva dalla tipologia del prelievo e del campione; infatti il prelievo risulta di facile esecuzione, non è invasivo ed è ripetibile, rispetta la privacy e garantisce l'appartenenza del campione al soggetto. Il campione è stabile nel tempo, biologicamente sicuro, non richiede particolari precauzioni nella conservazione e nel trasporto e non è adulterabile con facilità.

I fattori che possono influire sull'incorporazione di xenobiotici e conseguentemente sulle loro concentrazioni nella matrice pilifera sono imputabili alla variabilità nella presenza di melanina, molecola che mostra notevole capacità di fissare gli analiti di nostro interesse; alla variabilità della cinetica di incorporazione condizionata dalla velocità di crescita del capello, di produzione del sebo e del sudore; a trattamenti cosmetici.

L'analisi delle droghe nel capello, grazie alle caratteristiche di efficacia nella copertura del periodo monitorato ed alla possibilità di individuare con certezza la parent drug, è utilizzata principalmente a scopo tossicologico-forense, per la valutazione dell'idoneità al lavoro e alla guida, per il rilascio dell'autorizzazione per il porto d'armi, per l'affidamento e la custodia dei minori, oppure per gli accertamenti in caso di intossicazione acuta o post-mortem.

Ma molto utile è anche come complemento diagnostico all'analisi urinaria in quanto permette la verifica della storia d'uso e abuso di sostanze stupefacenti; la valutazione dello stato di dipendenza del soggetto, in termini di cessazione o riduzione di uso di sostanze d'abuso; il monitoraggio nella sindrome da dipendenza; il controllo della "compliance" a trattamenti farmacologici; il follow up a lungo termine in pazienti dimessi da Servizi per le Tossicodipendenze e/o Comunità terapeutica ed inoltre la discriminazione tra utilizzo e cessione ad altri di droghe.

Fasi del processo analitico per la ricerca e quantificazione degli analiti

In considerazione del fatto che i risultati analitici di queste indagini possono avere un grande impatto sulle decisioni da prendere in merito al soggetto, devono garantire il più alto grado di affidabilità possibile. Quindi oltre alla cura della gestione dell'attività ed in particolare della tracciabilità del percorso effettuato dal campione dalla fase pre-analitica alla post-analitica, con eventuale sviluppo della catena di custodia, è necessario garantire la qualità analitica.

Le fasi sono schematizzate nella Fig. 1.

La digestione del campione rappresenta il momento più critico dell'intero processo analitico ed è la fase attraverso la quale da matrice solida si passa a matrice liquida. Serve ad estrarre in maniera selettiva e quantitativa gli analiti di interesse dall'interno della matrice cheratinica, possibilmente senza modificare chimicamente gli analiti stessi.

Le tecniche analitiche invece ricalcano quelle in uso per le matrici convenzionali: metodi immunoenzimatici (EIA) per il test di screening, metodi cromatografici (LC/MS e GC/MS) per i test di conferma.

Presso il LIESP di Trento la preparazione del campione di capelli per il test immunoenzimatico di screening prevede l'utilizzo della linea VMA Comedical che comprende il reagente VMA per la digestione della matrice cheratinica, la soluzione di lavaggio, i calibratori in matrice ed i controlli, costituiti da capelli autentici; le analisi di conferma vengono effettuate con tecniche in cromatografia liquida e gassosa, entrambe accoppiate a spettrometria di massa.

In Fig. 2 sono riportati degli esempi di dati ottenuti su campioni reali presso il LIESP di Trento.

Fig. 2

Caso	Dati anamnestici riferiti	Test di screening con linea VMA	Analisi di conferma CG/MS (ng/mg)
A	Uso frequente di Cannabinoidi Non uso di altre droghe	Amf/XTC neg COCAINA neg OPPICEI neg METADONE neg THC 0.80	THC 0.5 + CBN 0.3 + CBD 2.2
B	Nessuna assunzione Nessuna terapia	Amf/XTC neg COCAINA neg OPPICEI neg METADONE neg THC neg	
C	Uso costante di Cocaina e Oppiacei Terapia con Metadone	Amf/XTC neg COCAINA 5.80 OPPICEI 6.00 METADONE 9.20 THC neg	COCA 8.0 + BEG 0.7 MAM 3.5 + MORF 3.0 + COD 1.5 METADONE 44.2 + EDDP presenza
D segm. PROX (2cm)	Assunzioni di Cocaina ed Eroina sospese da 5 mesi Uso costante di Cannabis 1 a settimana	Amf/XTC neg COCAINA neg OPPICEI neg METADONE 12.8 THC 0.15	THC 0.05 + tracce di CBN + CBD
D segm. DIX (8cm)	Assunzioni di Cocaina ed Eroina sospese da 5 mesi Uso costante di Cannabis 1 a settimana	Amf/XTC neg COCAINA 4.10 OPPICEI 5.40 METADONE neg THC 0.14	COCA 2.4 + BEG 0.5 MAM 0.7 + MORF 0.5 + COD 0.1 THC 0.05 + tracce di CBN + CBD

Interpretazione dei risultati

Non sono stati stabiliti valori di cut-off ufficiali dei vari xenobiotici nel capello che permettano di chiarire la positività o la negatività rispetto all'utilizzo o meno di una certa sostanza. Le linee guida dell'ISS e delle Società Scientifiche di Tossicologia hanno proposto come valori di cut-off per l'analisi dei capelli concentrazioni da 0.2 a 0.5 ng/mg per 6-MAM, morfina, amfetamine, cocaina e 0.1 ng/mg per THC, 0.2 pg/mg per THC-COOH.

Conclusioni

L'analisi tricologica, fornendo un riscontro oggettivo, se usata correttamente, rappresenta un valido strumento di supporto al clinico, nella formulazione della diagnosi e nel monitoraggio del paziente.

Bibliografia

- S. Pichini, A. Palmieri, M. Pellegrini, P. Zuccaro, R. Pacifici, *Proposte di linee guida per l'analisi di farmaci e sostanze d'abuso nei capelli*, Rapporti ISTISAN 99/24.
- M.C. Grassi, F. Pisetzky, P. Nencini, "L'approccio tossicologico alla clinica delle tossicodipendenze: scelta ragionata delle scale di intensità della dipendenza", *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 1 (2000), pp. 3-8.
- R. Pacifici, A. Lopez, M. Pellegrini, P. Zuccaro, "Il ruolo del laboratorio nella clinica delle tossicodipendenze", *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 1 (2000), pp. 9-16.
- S. Pichini, P. Zuccaro, M. Pellegrini, A. Lopez, R. Pacifici, "L'analisi di farmaci e sostanze d'abuso nella matrice cheratinica", *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 1 (2000), pp. 17-27.
- V. Cellesi, E. Bertol, M.G. Di Milia, M. Meini, C. Trignano, F. Mari, "Analisi comparativa di capelli, peli ed unghie per la ricerca delle droghe d'abuso in soggetti afferenti ad un Ser.T. della Toscana", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, XXVII, n. 3-4/2004.
- SAMHSA, "Notice of Proposed Revisions to the Mandatory Guidelines for Federal Workplace Drug Testing", 69FR 19673, April 13th, 2004 FR DOC#04-7984.
- SOHT, "Recommendations for Hair Testing in Forensic Cases", *Forensic Science Intern*, January 24th, 2004.

POLICIES and PRACTICES

Studio di comparazione sui trattamenti ambulatoriali e residenziali in Europa

Laura Tidone[^], Roberto Cataldini^o, Paola Fasciani^{oo}, Alfio Lucchini^{^^}, Henri Margaron*, Maurizio Ruschena**

Premessa

I costi sociali e sanitari delle dipendenze patologiche sono stati analizzati in alcuni Paesi del mondo, così come gli interventi terapeutici sono stati valutati in termini di costo/efficacia. Negli Stati Uniti, ad esempio, il costo sociale relativo alla tossicodipendenza e all'alcolismo è pari a 294 miliardi di dollari per anno in perdita di produttività, illegalità e problemi di salute. L'abuso di sostanze negli Usa è stato definito il primo problema sanitario in termini di costi. I costi globali sono così distribuiti:

- 25% della spesa sanitaria.
- 70% della spesa settore giustizia.
- 10% della spesa settore educazione.
- 32% della spesa assistenza famiglia e minori.
- 31% della spesa salute mentale.
- 26% della spesa pubblica sicurezza.

I costi sanitari sono principalmente legati alla ospedalizzazione. Infatti dal 25 al 44% dei posti letti negli Usa sono attribuibili ad alcolismo o a tossicodipendenza e più del 70% delle richieste di ospedalizzazione è correlato in tutto o in parte alla tossicodipendenza o all'alcolismo.

Inoltre, in assenza di patologia di abuso o dipendenza da alcol si osserverebbe una diminuzione percentuale delle seguenti patologie:

- Tumori cerebrali 27%.
- Cirrosi 74%.
- Cancro polmone 13%.
- Epilessia 30%.
- Cardiomiopatia 40%.
- Cancro all'esofago 80%.
- Cancro laringeo 80% (donne) e 94% (uomini).
- Cancro fegato 29%.
- Cancro cavità orale 85%.
- Pancreatite cronica 74%.

così come in assenza di patologie di abuso o dipendenza da sostanze illegali osserveremmo la seguente diminuzione:

- AIDS (contagio i.v.) 32%.
- AIDS pediatrica 55%.
- Endocarditi 75%.

[^] Direttore Dipartimento Dipendenze, ASL Bergamo.

^o Dirigente psichiatra Ser.T., ASL Lecce.

^{oo} Responsabile Ser.T., ASL Chieti.

^{^^} Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano Due.

* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Livorno.

** Direttore Ser.T., ASL Asti.

Gruppo di lavoro del Master Nazionale Biennale Manageriale organizzato da ISTUD e FeDerSerD per responsabili di dipartimenti e servizi delle dipendenze.

- Epatite B 12% ed Epatite C 36%.
- Aborti spontanei 41%.
- Infarto 65%.

Il trattamento delle patologie da dipendenza ha un impatto significativo sulla presenza di queste patologie che sono correlate ad alto costo sanitario e pertanto una loro riduzione comporta un notevole risparmio economico.

In particolare, i costi sanitari vengono ridotti nel seguente modo: Per il tossicodipendente si ottiene una diminuzione dal 23% al 55% dovuta a risparmio di spese di ospedalizzazione: per overdose del 58%, per ricoveri in psichiatria del 44%, per ricoveri in Pronto Soccorso del 36%.

Per l'alcolista la riduzione globale è del 24% con riduzione di ospedalizzazione in media del 13.5%.

Per ogni caso di AIDS evitato è calcolabile un risparmio di 114.796 dollari.

Per quanto riguarda i costi sociali la ripartizione della diminuzione è la seguente:

- L'assenteismo cala dell'89%.
- I ritardi al lavoro si riducono del 92%.
- Gli errori sul lavoro del 70%.
- Gli arresti per crimine passano dal 12% allo 0%.
- Le violazioni del codice della strada dal 29% al 9%.
- Gli incidenti calano dal 14% all'1%.
- La guida sotto effetto dell'alcol dal 18% al 3%.
- Gli arresti dal 48.2 al 17.2%.
- Gli introiti derivati da attività illegali dal 17.4% al 9%.

In sintesi negli Stati Uniti è stato calcolato che **ogni dollaro investito in trattamento consente un risparmio da 10 a 23 dollari.**

D'altra parte numerosi studi sono stati effettuati sull'efficacia comparata dei diversi trattamenti. Se operiamo in ambito sanitario e se le prestazioni rivolte a cittadini con problematiche di dipendenza sono remunerate dal SSN, è perché la tossicodipendenza è definita (accanto a molte altre definizioni in un'ottica et e non aut aut) "patologia cronica recidivante" e, come tutte le patologie – sia pure quelle che hanno eziopatogenesi medica, psicologica e sociale – si può avvalere di trattamenti ambulatoriali o residenziali remunerati dallo Stato.

Per trattamento ambulatoriale in Italia si intende ogni intervento multidisciplinare (sanitario, farmacologico, psicologico, sociale, educativo) erogato presso centri territoriali. Per trattamento residenziale si intende una tipologia ad alta valenza terapeutico riabilitativa che si realizza attraverso l'inserimento del soggetto presso una struttura residenziale accreditata.

La modalità di trattamento viene scelta in relazione alla diagnosi multidisciplinare effettuata dell'équipe del Ser.T.

I dati in letteratura, specifici per gli aspetti che qui vengono trattati, sostengono alcune evidenze importanti riconfermate per molti decenni:

- Le dipendenze sono patologie croniche recidivanti.
- La “guarigione” definitiva è possibile per circa un terzo dei soggetti trattati. Il termine guarigione è tra virgolette perché improprio e talora male interpretato. Non esiste ambito di sofferenza umana in cui la “guarigione”, intesa come eliminazione definitiva di ogni dolore, sia l’unico obiettivo perseguibile. L’ambito sanitario stesso ci ricorda che oltre il 70% degli interventi raggiunge obiettivi riferibili al miglioramento della qualità o della durata della vita. Infatti, nelle ricerche di follow up la “guarigione” viene valutata in riferimento ai seguenti indicatori: consumo di sostanze, attività lavorativa e carcerazioni/arresti.
- L’elemento di valutazione (out-come) dell’efficacia dell’intervento, trattandosi di una patologia che spesso accompagna tutta la vita, non è legato all’astinenza o alla “guarigione”. La valutazione è mirata al raggiungimento degli obiettivi definiti dal programma che, spesso, si riferiscono al raggiungimento di una migliore qualità di vita, all’acquisizione di abilità, alla possibilità di reinserimento sociale.
- I trattamenti residenziali sono più costosi dei trattamenti ambulatoriali: il rapporto è, in genere, di 6/1. Il costo va correlato, però, ai benefici raggiungibili e agli obiettivi di miglioramento della qualità della vita perseguibili in ogni particolare fase. Un trattamento residenziale può essere inappropriato, costoso, e, a volte controproducente. Allo stesso modo un trattamento ambulatoriale può risultare altrettanto inappropriato e costoso in termini indiretti.

I trattamenti ambulatoriali sono, nella maggior parte dei Paesi del mondo, rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale. I trattamenti residenziali (comunità terapeutiche) sembrano essere considerati in alcuni Paesi interventi terapeutici, ma nella maggior parte degli altri di tipo sociale. Le indicazioni al trattamento sono verosimilmente diverse così come le prevalenze dei soggetti inviati.

Obiettivi della ricerca

Obiettivo generale: conoscere se e con quali criteri negli altri Paesi vengono utilizzati e finanziati i trattamenti residenziali.
Obiettivi specifici:

- a) Sapere se gli interventi in comunità terapeutica sono rimborsati dal servizio sanitario o dai servizi sociali.
- b) Conoscere la numerosità di trattamenti ambulatoriali vs quelli residenziali nei territori in rapporto alla popolazione.
- c) Conoscere i costi dei trattamenti ambulatoriali vs quelli residenziali.
- d) Conoscere eventuali criteri di inclusione o esclusione ai trattamenti residenziali.

Metodologia

Abbiamo utilizzato un questionario strutturato da quattro domande aperte. Il questionario è stato inviato per via e-mail a 13 colleghi che operano in diversi Paesi europei: Inghilterra, Scozia, Irlanda, Danimarca, Germania, Spagna, Portogallo, Grecia, Malta, Francia.

Le domande riportate nella versione inglese sono state poste anche in lingua francese.

1. How many addicts were treated in your catchment area in 2003? Please divide these into outpatients and inpatients, and consider only those in therapeutic community (TC) as inpatients, not those who were hospitalised.
2. What is the average cost of each outpatient treated compared to that of each patient treated in TC?
3. Does the public health system fund both outpatient and inpatient (TC) treatments? If so, are there any time constraints on the treatment, or a limit to the funds available for each patient? Or does the social system contribute instead of the public health one?
4. Do any special criteria have to be satisfied for a residential programme to be authorised?

Le risposte sono state analizzate e confrontate

Risultati

Hanno risposto al questionario soltanto quattro servizi sui tredici contattati: Scozia, Danimarca e Inghilterra e Spagna. Nella tabella una sintesi delle risposte più significative per ogni domanda posta.

Country	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4
Scotland	550 ambul +700 con GP, nessun dato su CT	12500 £ per 15 posti letto 25000 £ outpatients team	Il SSN rimborsa servizi ambulatoriale e ospedalizzazione. Le CT sono costo sociale, fuori dal sistema. Non limiti temporali	Diagnosi clinica – ripetuti fallimenti ambulatoriali – posti H psichiatri e ostetrici se necessario
Denmark	581 tox (520 ambul, 61 CT) + 1023 alc (1023 ambul, 4 CT)	360000 d.kr/anno CT, 26000 d.kr ambulat intero trattamento (costo medio)	Tutto rimborsato dal Servizio Sociale. Non limiti temporali	Diagnosi clinica - ASI
England	300 ambul, 20 CT	730 € a settimana CT, costo ambulat non disponibile	Trattamenti ambul. da SSN, trattamenti CT dai servizi sociali locali. Limiti temporali definiti dal budget	Diagnosi clinica
Spain	504 ambulat. (dato puntuale) e 42 in CT nell’anno	700 € anno ambulat, 18250 € anno CT	Entrambi i trattamenti SSN. Non limiti temporali. I pazienti pagano parte della retta	Diagnosi clinica

Scozia

1. 550 as outpatients with 700 as part of shared care with general practitioners.
2. Difficult but on average one ward with 15 beds in one year will cost 250000 sterling which will be half the budget for the community drug team who are seeing the above patients as outpatients...
3. We control the budget for the community service via the NHS Five. Since I am also gate keeper to the extracontractual referrals to residential treatment (and not rehabilitation whose budget is controlled by the social work department) then there is theoretically no constraints on the funding to residential treatment equally the decision is based on clinical needs and not financial packages and so a patient does not have a financial ceiling...
4. Again it is based on clinical needs but primarily complex and/or comorbid cases with several unsuccessful community attempts. Vulnerable groups like people with schizophrenia and pregnant drug users use mainstream psychiatric or obstetric beds if necessary.

Danimarca

Please note that I have not included figures for patients in detoxification.

1. Our catchment area is 275.000 citizens. In 2003 we treated 581 drug addicts and 1023 alcoholics. Of the 581 drug addicts 520 were outpatients and 61 were inpatients. Of the 1023 alcoholics only 4 were inpatients!
2. The average cost for an inpatient is about 30.000 d.kr. per month or about 360.000kr per year. (There is 6-7 d.kr. to 1 euro (check the rate if you need something very precise)). – The cost level is the same for drug and alcohol. The average cost for an outpatient was for alcohol 8.452 d.kr. The average cost for an outpatient was for drug addicts 26.483 d.kr (this cost includes both drug free treatment and treatment by doctors with substitute medicine (about 120 of the outpatient drug addicts were being treated with substitute medicine)). Please note that the costs regarding outpatients includes treatment periods of any duration, whereas the costs re. inpatients are per month/year.
3. Social services is funding both outpatient and inpatient treatment (including detox. and treatment with substitute medicine). There are no general constraints or limits (it is all decided by the professionals). However, waiting lists occur as resources are, of course, limited.
4. All patients “entrance” to our treatment services is via ASI (Addiction Severity Index) – which you may be familiar with (it is a standardised questionnaire + interview). The result of the ASI determines which treatment the patient initially is offered. Usually nobody is referred directly to residential care. Even if they are found “suited” for this, we first work with their motivation etc. for a couple of month on an outpatient basis. The patients who are referred to residential care are those who are estimated to benefit from drug free treatment, but who need it in a more concentrated form than those who are offered this treatment on an outpatient basis. If such patients relapse several times, they usually end up as outpatients on substitute medicine.

Londra

Saint George Hospital:

1. In this catchment area (about 200,00 inhabitants) some 300 clients were treated as outpatients and 20 as inpatients (ie: Therap. communities) in 2003.
2. The average cost is 500 pounds per week (roughly 730 euros) per patient. Figures for costs of outpatient treatment are not available.
3. The constraints on the treatment are given by the budget, which is very limited. The Social system (Local Social Services) pays for the inpatient (ie: Therap. comm) treatment.
4. Yes, each case which is to be sent to a TC is thoroughly discussed, taking into account his/her own needs, his/her personal drug and treatment history

Barcellona

1. Only in our Outpatient center, in 2003 we did:
 - 252 new admissions to treatment – 84 re-admissions to treatment;
 - at 31.12.03 we were controlling 504 “active” patients (patients that have been visited at least once from last 6 months;
 - during 2003 we referred to TC 42 cases.
2. – in MMT the average cost was about 602 euros/year/patient;
 - in “Drug Free Program” the average cost was about 760 euros/year/patient;
 - in CT we can distinguish between;
 - less than 6 months: 62 euros/day/patient;
 - from 6 to 12 months: 48 euros/day/patient;
 - more than 12 months: 40 euros/day/patient.
3. Yes, the public health system fund both outpatient and inpatient treatments. There are not any time constraints on the treatment. Patients pay a part of the cost depending on their own incomes. If they are earning some money from the social system, then they pay part of them to the CT during the admission time.
4. No, just clinical and social situation that recommended the treatment in CT.

Come si può osservare i risultati sono confrontabili solo parzialmente.

Per alcuni Paesi, infatti, la “residenzialità” (inpatients) è riferibile unicamente a ricoveri in reparti ospedalieri poiché le comunità terapeutiche sono “rimborsate” dai servizi sociali dei comuni e non dal servizio sanitario nazionale. Il costo ricostruito annuale dei trattamenti ambulatoriali vs quelli residenziali sembra sovrapponibile così come la percentuale di interventi residenziali vs quelli ambulatoriali (ove ricostruibile). I criteri, ove presenti, sono clinici e, nel piccolo campione considerato, apparentemente contrapposti. Ove gli interventi residenziali non sono rimborsati dal SSN (Scozia, Inghilterra) i criteri di gravità e di inclusione sembrano essere riferiti esclusivamente a parametri di inclusione/esclusione sociale. Ove gli interventi residenziali sono rimborsati dal SSN (Danimarca) i criteri di inclusione, analizzati tramite ASI, sembrano riferiti alla capacità di mantenere una condizione drug free stabile. Anche in questo caso, tuttavia, è escluso l'intervento residenziale come primo approccio. Le due posizioni sembrano riassumere l'evoluzione attuale presente in Italia ed il passaggio successivo da interventi residenziali “alternativi” al trattamento ambulatoriale rivolti a soggetti con buone risorse a trattamenti “complementari” per pazienti gravi spesso stabilizzati farmacologicamente.

Discussione ed implicazioni per il futuro

Dall'analisi, purtroppo molto scarna, che è stato possibile effettuare emergono alcune linee di indirizzo future in questa area. In sintesi:

- a) Necessità di raccolta dei dati e delle informazioni secondo criteri di maggiore sistematicità.
- b) Nel caso in cui fossero confermati i primi risultati, necessità di esplicitare la separazione delle funzioni e delle responsabilità tra servizi sanitari e servizi sociali, sia governativi che privati, in modo da giungere a una coerente e adeguata individuazione e definizione dei possibili ambiti di assistenza.
- c) In alternativa, dimostrare (proporre di indagare e spiegare, da parte di tutto il sistema di cura) le ragioni e le necessità della non separazione (ovvero la situazione italiana).

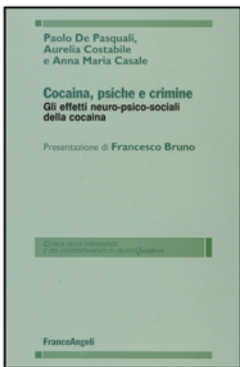
Tutto ciò tenendo conto del fatto che una sistematizzazione della materia a livello comunitario ed i conseguenti adeguamenti organizzativi e normativi costituiscono in prospettiva un imperativo vincolante per tutti.

Bibliografia

1. Apsler R. (1991), "Evaluating the cost-effectiveness of drug abuse treatment services", in Cartwright W.S., Kaple J.M. (eds.), "Economic costs, cost-effectiveness, financing, and community-based drug treatment", *NIDA Research Monograph*, 113 (pp. 57-66) (DHHS Publication n. ADM 91-1823), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
2. Banta H.D., Luce B.R. (1983), "Assessing the cost-effectiveness of prevention", *Journal of Community Health*, 9 (2), 145-165.
3. Bardazzi G., Quartini A., Filippini G. et al. (1999), "Cost-effectiveness in the treatment of alcohol abuse: a treatment program experience", *Journal for Drug Addiction and Alcoholism*, 22nd year, 1999, n. 4.
4. Bradley C.J., French M.T., Rachal J.V. (1994), "Financing and cost of standard and enhanced methadone treatment", *Journal of Drug Abuse Treatment*, 11 (3), 433-442.
5. Brian T. Yates, (1999), "Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs", *A Manual. U.S. Department of Health and Human Services*, National Institutes of Health, NIDA.
6. Cahalan D. (1991), *An ounce of prevention: Strategies for solving tobacco, alcohol and drug problems*, Washington, DC: Jossey-Bass.
7. Chasnoff I.J. (1988), "Drug use in pregnancy: Parameters of risk", *Pediatric Clinics of North America*, 35, 1403-1412.
8. Chatterji P., Lillie-Blanton M., Werthamer L.A. (May, 1997), "Economic evaluation of drug abuse prevention programs", *NIDA Literature Review*.
9. Drummond M., Stoddart G., Torrance G. (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, New York, Oxford Medical Publications.
10. Elixhauser A., Luce B.R., Taylor W.R., Reblando J. (1993), Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis (CBA/CEA) from 1979 to 1990: A bibliography. *Medical Care*, 31 (7), JS1-JS11.
11. Finney J.W., Monahan S.C. (1996), "The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation", *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229-243.
12. French M.T., Zarkin G.A. (1992), "The effects of drug abuse treatment on legal and illegal earnings", *Contemporary Policy Issues*, 10 (2), 98-110.
13. Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (eds.) (1996), *Cost-effectiveness in health and medicine*, New York: Oxford University Press.
14. Gorsky R.D., MacGowan R.J., Swanson N.M., DelGado B.P. (1995), "Prevention of HIV infection in drug abusers: A cost analysis", *Preventive Medicine*, 24, 3-8.
15. Grossman M., Chaloupka F.J., Saffer H., Laixuthai A. (1994), "Effects of alcohol price policy on youth: A summary of economic research", *Journal of Research on Adolescence*, 4 (2), 347-364.
16. Harwood H.J. (1991), "Economics and drugs: Promises, problems, and prospects", in Cartwright W.S., Kaple J.M. (eds.), "Economic costs, cost-effectiveness, financing, and community-based drug treatment", *NIDA Research Monograph*, 113 (pp. 57-66) (DHHS Publication n. ADM 91-1823), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
17. Harwood H.J., Hubbard R.L., Collins J.J., Rachal J. V. (1988), "The costs of crime and the benefits of drug abuse treatment: A cost-benefit analysis using TOPS data", in Leukefeld C.G., Tims F.M. (eds.), "Compulsory treatment of drug abuse research and clinical practice", *NIDA Research Monograph*, 86 (pp. 209-235), Washington DC: U.S. Government Printing Office.
18. Hertzman M., Montague B. (1977), "Cost-benefit analysis and alcoholism", *Journal of Studies on Alcohol*, 38 (7), 1371-1385.
19. Holde, H., Longabaugh R., Miller W.R., Rubonis A.V. (1991), "The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation", *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (6), 517-540.
20. Hser Y., Anglin M.D. (1991), "Cost-effectiveness of drug abuse treatment: Relevant issues and alternative longitudinal modeling approaches", in W.S. Cartwright, J.M. Kaple (eds.), "Economic costs, cost-effectiveness, financing, and community-based drug treatment", *NIDA Research Monograph*, 113 (pp. 67-93) (DHHS Publication n. ADM 91-1823), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
21. Hubbard R.L., French M.T. (1991), "New perspectives on the benefit-cost and cost-effectiveness of drug abuse treatment", in Cartwright W.S., Kaple J.M. (eds.), "Economic costs, cost-effectiveness, financing, and community-based drug treatment", *NIDA Research Monograph*, 113 (pp. 94-113) (DHHS Publication n. ADM 91-1823), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
22. Inciardi J., Pottieger A. (1991), "Crime and other drugs", *Journal of Drug Issues*, 12 (4).
23. Kim S., Crutchfield C., Williams C., Hepler N. (1994), "An innovative and unconventional approach to program evaluation in the field of substance abuse prevention: A threshold-gating approach using single system evaluation designs [Monograph]", *Journal of Community Psychology, CSAP Special Issue*, pp. 61-78.
24. Lipscom, J., Weinstein M.C., Torrance G.W. (1996), "Time preference", in Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (eds.), *Cost-effectiveness in health and medicine* (pp. 214-238), New York: Oxford University Press.
25. Little B.B., Snel, L.M., Klein V.R., Gilstrap L.C., III. (1989), "Cocaine abuse during pregnancy: Maternal and fetal implications", *Obstetrics and Gynecology*, 73, 157-160.
26. Longabaugh, R., McCrady B., Fink E., Stout R., McAuley T., Doyle C., McNeill, D. (1983), "Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs. inpatient settings", *Journal of Studies on Alcohol*, 44 (6), 1049-1071.
27. Mandelblatt J.S., Fryback D.G., Weinstein M.C., Russell L.B., Gold M.R., Hadorn D.C. (1996), "Assessing the effectiveness of health interventions", in Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (eds.), *Cost-effectiveness in health and medicine* (pp. 135-175), New York: Oxford University Press.

28. National Household Survey on Drug Abuse (1996), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
29. Perrine M., Peck R., Fell J. (1988), "Epidemiological perspectives on drug driving", in Surgeon General's workshop on drug driving: Background papers. U.S. Department of Health and Human Services.
30. Plotnick R.D. (1994), "Applying benefit-cost analysis to drug use prevention programs", *International Journal of the Addictions*, 29 (3), 339-359.
31. Rice D.P., Kelma, S., Miller L.S. (1991), *Economic costs of drug abuse*, in Cartwright W.S., Kaple J.M. (eds.), "Economic costs, cost-effectiveness, financing, and community-based drug treatment", *NIDA Research Monograph*, 113 (pp. 10-32) (DHHS Publication n. ADM 91-1823), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
32. Rice D.P., Kelman S., Miller L.S., Dunmeyer S. (1990), *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985* (DHHS Publication n. ADM 90-1694), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
33. Russell L.B., Siegel J.E., Daniels N., Gold M.R., Luce B.R., Mandelblatt J.S. (1996), "Cost-effectiveness in health and medicine", in Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (eds.), *Cost-effectiveness analysis as a guide to resource allocation in health: Roles and limitations*, New York, Oxford University Press.
34. Scheffler R.M., Paringer L. (1980), "A review of economic evidence on prevention", *Medical Care*, 18 (5), 473-484.
35. Sindelar J.L. (1991), "Economic cost of illicit drug studies: Critique and research agenda", in Cartwright W.S., Kaple J.M. (eds.), "Economic costs, cost-effectiveness, financing, and community-based drug treatment", *NIDA Research Monograph*, 113 (pp. 33-45) (DHHS Publication n. ADM 91-1823). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
36. Swint J.M., Nelson W.B. (1977), "Prospective evaluation of alcoholism rehabilitation efforts: The role of cost-benefit and cost-effectiveness analysis", *Journal of Studies on Alcohol*, 38 (7), 1386-1404.
37. Torrance G.W., Siegel J.E., Luce B.R. (1996), "Framing and designing the cost-effectiveness analysis", in Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (eds.), *Cost-effectiveness in health and medicine* (pp. 54-81), New York: Oxford University Press.
38. Weisbrod B. (1983), "A guide to benefit-cost analysis as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 7 (4), 808-845.

RECENSIONE



Paolo De Pasquali,
Aurelia Costabile,
Anna Maria Casale

COCAINA, PSICHE E CRIMINE Gli effetti neuro-psico-sociali della cocaina

Presentazione di Francesco Bruno

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 144, € 17,00 (cod. 231.1.35)

L'uso, l'abuso e la dipendenza da cocaina sono un argomento attuale e scottante, rappresentando ormai una vera emergenza pubblica. Infatti, mentre un tempo la cocaina era considerata la "droga dei ricchi", oggi è usata da due milioni di italiani, che spendono 4 miliardi di euro all'anno. Non v'è categoria sociale, né fascia d'età, che non sia potenzialmente attraversata dalla problematica, per la quale le nostre Istituzioni non riescono a trovare valide soluzioni.

Scopo di questo saggio è indagare il "fenomeno cocaina" da un punto di vista scientifico, in un'ottica multidisciplinare, attraverso l'analisi dei vari aspetti del problema: farmacologico, psicologico, sociologico, psichiatrico-forense e criminologico.

Si cerca di rispondere a quesiti allarmanti quali: la cocaina è davvero una droga pericolosa? Può instaurare dipendenza fisica? Può avere effetti letali? Può danneggiare il feto? Può determinare condotte violente? L'indagine eseguita comprende lo studio della sostanza, dei consumatori e degli effetti.

Alla luce di un'estesa letteratura scientifica, nel libro si analizzano il tipo di preparazione (cocaina, crack, free-base), le modalità e le vie di abuso; gli effetti a breve e a lungo termine; la sindrome di astinenza e la dipendenza, i danni relazionali e sociali.

Si esaminano gli effetti dell'uso combinato con altre sostanze quali alcol, eroina, cannabis; si evidenziano i disturbi psicopatologici e neurologici da cocaina, le caratteristiche di personalità dei cocainomani, la comorbidità psichiatrica, il rapporto tra cocaina e crimine, i possibili comportamenti violenti. Si valuta infine l'efficacia dei diversi trattamenti farmacologici, psicologici e riabilitativi.

Paolo De Pasquali, medico psichiatra e psicoterapeuta, è dirigente medico presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale civile dell'Annunziata di Cosenza. Oltre a numerosi articoli scientifici, ha pubblicato i saggi: *Serial Killer in Italia* (Angeli, 2001), *Figli che uccidono* (Rubbettino, 2002); *Crimini* (Klipper, 2006); *L'orrore in casa. Psico-criminologia del parenticidio* (Angeli, 2007).

Aurelia Costabile, medico, specialista in Ematologia Generale, Clinica e Laboratorio, specialista in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso, è dirigente medico presso il Centro Trasfusionale dell'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza.

Anna Maria Casale, psicologa con specializzazione clinica in Psicoterapia Familiare e Relazionale, collabora col prof. F. Bruno presso la Cattedra di Psicopatologia Forense dell'Università di Roma La Sapienza nell'ambito dei progetti di ricerca sulle tossicodipendenze.

Emilia Romagna

L'11 Febbraio 2008 si è riunita l'Assemblea Regionale di FeDerSerD che ha proceduto alla elezione del Comitato tecnico scientifico e il Consiglio Direttivo.

Comitato tecnico-scientifico FeDerSerD Emilia Romagna:

Rita Bosi Coordinatore area sociale Ser.T. Bologna

Marco Viaggi Responsabile Ser.T. Budrio
Arfedele Del Re dirigente medico Ser.T. polo Est Bologna

Comitato Direttivo Federazione Emilia Romagna:

Maria Chiara Pieri- Presidente FeDerSerD Emilia Romagna

Edo Polidori - Direttore Dipartimento AUSL Forlì

Antonio Mosti - Direttore Dipartimento AUSL Piacenza

Alba Fabbri - Dirigente medico Ser.T. Bologna Polo Ovest

Amalia Innamorati - Dirigente medico Ser.T. Nord Carcere Bologna

Tatiana Dodaro - Educatore professionale Ser.T. poloEst Bologna

Daria Brovia - Specialista in farmacotossicologia - Modena

Simona Guerzoni - Specializzanda in farmacotossicologia Università degli studi Modena

Marta Ardizzoni - Assistente Sociale Ser.T. Polo Ovest

La Federazione, dopo l'importante congresso costitutivo del settembre scorso, si caratterizza per la voglia di fare e l'ampia presenza delle professioni.

Verranno organizzate alcune giornate scientifiche tematiche, per rendere visibili le esperienze quotidiane nei diversi Ser.T. della Regione e per valorizzare anche dal punto di vista istituzionale la realtà dei Servizi.

Piemonte Valle d'Aosta

Consenso del Direttivo Regionale Piemonte e Valle d'Aosta di FeDerSerD sulla proposta di sperimentazione delle Sale di Consumo

FEDERSERD Piemonte e Valle d'Aosta esprime viva soddisfazione per qualsiasi nuovo investimento si voglia fare nel campo delle tossicodipendenze, sia in ambito sanitario sia in altri ambiti.

Il "problema droga" è un fenomeno complesso, con implicazioni non solo sulla salute, ma anche di tipo economico, politico, culturale, educativo, sociale, giuridico, di ordine pubblico e di sicurezza. Un problema che non può, quindi, essere visto solo da una prospettiva semplificata e ridotta, ma che deve essere considerato necessariamente in modo articolato e integrato.

È con grande interesse, quindi, che FeDerSerD, che ha una visione del problema prioritariamente sanitaria, fortemente integrata con quella sociale, assiste al dibattito che altre componenti della società, dalla loro prospettiva, hanno aperto su possibili nuovi interventi per le dipendenze.

Le Sale di Consumo o "narcosala" non hanno essenzialmente finalità di tipo sanitario, prevalendo invece quelle di controllo sociale e di ordine pubblico. Infatti, il controllo delle overdose e delle infezioni per via iniettiva, già ben realizzato dai servizi a bassa soglia, può, dal punto di vista sanitario, essere ulteriormente migliorato con il potenziamento dei servizi e degli strumenti già in atto (drop-in, unità mobili di strada, distribuzione di siringhe, di naloxone e di preservativi, educazione sanitaria a bassa soglia). La persistenza di comportamenti a rischio può essere correlata, oggi che i servizi a bassa soglia in Piemonte sono discretamente presenti, più allo stile di vita complessivo del soggetto (grave degrado sociale e relazionale, povertà, prostituzione) che alla specifica assunzione di droghe per via iniettiva (persone con stili di vita diversi si iniettano droghe correndo rischi diversi). In questo senso andrebbero potenziati interventi orientati a dare la possibilità di una vita protetta e dignitosa nel suo complesso e quelli di educazione sanitaria (al "buco pulito"), piuttosto che focalizzarsi su uno specifico comportamento decontestualizzato.

Pertanto, l'assunzione di sostanze per via iniettiva è in fase di riduzione nel suo complesso, sia perché si stanno affermando sostanze non oppiacee (in associazione o in sostituzione degli oppiacei) sia perché si diffondono metodi di assunzione delle sostanze per altre vie. La scelta di investire, in un periodo in cui i Ser.T. vedono contratte le loro risorse, in specifici servizi per assuntori di droghe per via iniettiva non corrisponde ad osservazioni di tipo epidemiologico, ma a scelte collegate essenzialmente a valutazioni di ordine politico legate, forse, alla "visibilità" del fenomeno. Anche questo elemento rinforza la compe-

tenza di istituzioni non sanitarie in ordine alla decisione e alla gestione della sperimentazione delle narcosala.

Nelle sale predisposte per iniettarsi sostanze si possono assumere le sostanze comprate in strada, di composizione sconosciuta; oppure ci si può iniettare eroina (o altre sostanze) fornita dai gestori delle sale in forma nota e controllata.

Nel primo caso il coinvolgimento della sanità appare evidentemente inutile: l'importante è che i gestori delle sale abbiano modo di rilevare eventuali incidenti, praticare il naloxone e chiamare il 118, tutte cose che può fare un operatore non necessariamente sanitario (come avviene spesso nelle narcosala attive all'estero). Tendendo conto della grave situazione di organico medico ed infermieristico dei Ser.T., apparirebbe poco opportuno immobilizzare nelle narcosala preziose risorse che possono essere sostituite da operatori diversamente qualificati in grado di svolgere adeguatamente anche gli interventi di educazione sanitaria e forse più indicati dal punto di vista dello sviluppo della relazione con i pazienti.

Dal punto di vista sanitario e quindi epidemiologico, lo sviluppo degli attuali servizi di bassa soglia e, ancora di più, lo sviluppo dei servizi per l'alcolismo e della articolazione dei presidi dei Ser.T. in vista della gestione dei problemi rappresentati dagli stimolanti, appare decisamente prioritario. Ad esempio, la ancora completa assenza, su tutto il territorio nazionale, di strutture di ricovero ospedaliero per le dipendenze da sostanze non si giustifica in alcun modo sul piano della strategia sanitaria degli interventi di cura per le dipendenze e appare critica, urgente e indispensabile a fronte dei problemi posti dalla cocaina e dal poliabuso.

Nel caso di assunzione di sostanze controllate non si tratta più solo di "narcosala", ma di "somministrazione controllata di eroina" (o di altre sostanze) e quindi il discorso è del tutto diverso (in sintesi: confronto tra strategie terapeutiche, tra molecole a breve emivita e a lunga emivita, finalizzazione delle risorse e degli investimenti); l'argomento non è strettamente collegato alle narcosala e non è in discussione attualmente.

Pertanto, a prescindere da ogni altra considerazione di ordine giuridico ed etico, FeDerSerD Piemonte e Valle d'Aosta ritiene che:

- una proposta articolata di sviluppo dei servizi per le dipendenze, in modo che si ampli e completi l'offerta e la capacità di cura del Servizio Sanitario

Regionale sia quanto mai opportuna, soprattutto se corrisponde all'intenzione di fare maggiori investimenti per la salute pubblica nel settore specifico;

- in una articolazione complessiva degli interventi da parte di più attori istituzionali e sociali possano trovare una loro collocazione le "narcosala" e i servizi della sanità pubblica possano collaborare, dall'esterno, con chi ne conduce la sperimentazione mettendo a disposizione competenza ed esperienza;
- nel definire le priorità per l'investimento delle risorse, si debba tenere conto anche degli aspetti epidemiologici e non esclusivamente dell'ordine pubblico e della visibilità emotiva dei fenomeni, considerando quindi attentamente sia il risparmio che può comportare il potenziamento dell'esistente rispetto all'avvio di nuove sperimentazioni sia lo stato reale attuale dei servizi a fronte di problemi di massa come quelli dell'alcol, dello sviluppo del consumo di stimolanti e della necessità di educazione sanitaria.

Torino, 8 ottobre 2007

*Il Direttivo Piemonte e Valle d'Aosta
FeDerSerD*

Emanuele Bignamini, Presidente; Lorenzo Somaini, Segretario; Alberto Damilano, Giuseppe Faro, Lindo Ferrari, Ruggero Gatti, Michele Sartore, Enrico Teta, Consiglieri.

Puglia

Sabato 26 gennaio 2008 si è riunito il Direttivo regionale di FeDerSerD Puglia per procedere alla nomina del nuovo presidente.

Per l'occasione si è provveduto anche alla elezione del Vice Presidente, del Segretario e alla costituzione del Comitato tecnico scientifico regionale.

Nel merito di tutto quanto sopra, all'unanimità:

Presidente è stato eletto Giovanni Villani, medico, criminologo e psicoterapeuta, direttore del DDP area del Gargano;

Vice Presidente è stata eletta Maria Rita Dionisio, educatrice presso il Ser.T. di Cagnano Varano;

Segretario è stato riconfermato Francesco Abate, Dirigente medico presso il Ser.T. di Lecce;

Il Comitato Tecnico Scientifico è composto da:

- Francesco Tarantino, Coordinatore del Comitato, psicologo Responsabile del Ser.T. di Copertino;
- Francesca Mariniello, componente, infermiera professionale del Ser.T. di Altamura;
- Fiammetta Perrone, componente, educatrice presso il Ser.T. di Lecce;
- Vincenzo Leone, componente esterno, responsabile Medico Comunità Emmanuel;

- Giuseppe Mammana, componente esterno, presidente ACUDIPA.

Roberto Cataldini, presidente uscente, è membro eletto del direttivo nazionale di FeDerSerD dopo il Congresso nazionale di Sorrento.

Calabria

A conclusione del Primo Congresso Regionale di FeDerSerD, che ha raccolto cento partecipanti tra gli operatori dei Servizi calabresi, si è costituita la Federazione Regionale che ha eletto il Direttivo e la Dirigenza.

Il Presidente della Sezione Regionale della Calabria è il dott. Domenico Cortese, di Castrovillari, il segretario il dott. Francesco De Matteis, di Locri.

Il Direttivo, rappresentativo del vasto territorio regionale è composto dai dottori Maria Giulia Audino, Domenico Capria, Domenico Ceniti, Emilio De Pasquale, Caterina De Stefano, Anna Di Noia, Giovanni Falvo, Giuseppina Tufo.

Con il direttivo della regione si sono congratulati il presidente nazionale dott. Alfio Lucchini e i dirigenti nazionali dottori Fernanda Magnelli, Bernardo Grande e Roberto Calabria, tutti presenti al Congresso regionale.

26 novembre 2007



Esponenti del nuovo direttivo FeDerSerD Calabria

Lombardia

Comunicato

Grande partecipazione dei professionisti delle dipendenze, oltre 300, al convegno: “**Dipendenza da cocaina. Epidemiologia, trattamenti, progetti**” organizzato da FeDerSerD a Brescia l’11 dicembre 2007.

Dopo i saluti delle autorità il presidente nazionale di FeDerSerD Alfio Lucchini ha sottolineato la presenza costante, per lo sviluppo e la qualificazione dei Servizi, della Federazione a livello scientifico ed istituzionale su un tema centrale quale il consumo problematico e la dipendenza da cocaina.

Il convegno è stata l’occasione per presentare ad un vasto pubblico il Progetto Nazionale Cocaina promosso a finanziato dal Ministero della Salute di cui è capofila la regione Lombardia e anche per l’annuncio dei finanziamenti (circa 500.000 euro) ai centri pubblici e privati lombardi previsti dal progetto regionale cocaina voluto con forza dai professionisti del settore (e in particolare da FeDerSerD) e dalla Regione Lombardia.

Marco Tosi, dirigente dell’Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia ha illustrato il progetto nazionale, attuato in collaborazione anche con il Ministero della Solidarietà Sociale, l’Istituto Superiore di Sanità, 14 Regioni italiane, i Dipartimenti e i Servizi Dipendenze pubblici e il Privato Sociale.

Il progetto, rivolto a soggetti dipendenti/utilizzatori problematici di cocaina prevede lo studio e la

costituzione di Unità Operative a carattere sperimentale, ad alta integrazione tra sistema pubblico e privato, in grado di rispondere al particolare bisogno terapeutico di questa tipologia di utenti.

La progettualità ha previsto un corso formativo di 6 giornate svoltosi nei mesi scorsi a Roma rivolto ai professionisti del pubblico e del privato accreditato delle dipendenze patologiche coordinato da Vincenzo Marino, Direttore del Dipartimento Dipendenze dell’ASL di Varese, che nel convegno ha illustrato il piano di formazione svolto, evidenziando i punti di forza e le criticità emerse in tali giornate di studio.

Incisiva la relazione di Fabio Mariani, Direttore del Dipartimento di epidemiologia e biostatistica dell’Istituto di Fisiologia clinica del CNR di Pisa, che ha descritto l’epidemiologia del cocainismo in Italia e in Lombardia, raffrontando il quadro nazionale a realtà locali.

Teodora Macchia, dirigente di ricerca dell’ISS, ha descritto il ruolo del laboratorio tra diagnosi e controllo dei programmi terapeutici del cocainismo, evidenziando la possibilità di poter calibrare l’intervento terapeutico sulle esigenze del paziente anche con l’ausilio di screening adeguati.

Felice Nava, del Direttivo nazionale di FeDerSerD, ha descritto lo stato dell’arte relativamente alle prospettive terapeutiche in ambito di farmaci e vaccini, analizzando i farmaci ad oggi disponibili e ragguagliando sulle sperimentazioni in atto.

Il convegno è stata l’occasione per presentare un approfondimento sulle iniziative attuate dal Ser.T. 1 di Brescia e dal NOA/Ser.T. di Milano 1, inseriti nel progetto Nazionale Cocaina, come Unità Operative ad elevata integrazione tra i servizi pubblici e del privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani e i consumatori di psicostimolanti.

Antonia Cinquegrana, Direttore Ser.T. 1 di Brescia ha riportato la sperimentazione attuata nel triennio 2005-2007 dal Progetto NiCoDEMO, rivolto a 105 cocainomani socialmente inseriti e Cosetta Greco, responsabile NOA di Limbiate ha delineato l’operatività del progetto ALBA di Bacco di prossima attuazione.

Si sono quindi presentate altre esperienze lombarde con il contributo di Mariangela Abrami, psicologa del Ser.T. 2 di Brescia che ha illustrato il trattamento di gruppo svolto per pazienti alcolisti e cocainomani, di Gabriella Feraboli, della Cooperativa di Bessimo, che ha parlato di sperimentazioni trattamentali in comunità terapeutica, di Edoardo Cozzolino, direttore Ser.T. ASL Milano Città che ha presentato il lavoro attuato dal servizio da lui diretto riguardante il profilo dei pazienti consumatori di cocaina. Infine di Marco Riglietta, Direttore del Ser.T. di Bergamo 2 ha relazionato approfondendo il tema diagnosi e terapia del poliabuso alcol e cocaina.

COMUNICATO STAMPA

SISTEMA DELLE DIPENDENZE IN LOMBARDIA :
LA REGIONE VALORIZZI IL SERVIZIO PUBBLICO

Affollatissima assemblea organizzata dalla Federazione Lombarda di FeDerSerD venerdì scorso 18 gennaio a Milano sul tema: **L’EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE LOMBARDE**. Oltre 200 professionisti dei Ser.T lombardi hanno partecipato e discusso, insieme a rappresentanti della società civile e della politica, sul percorso normativo che ha condotto alla attuale situazione del sistema dei servizi. E’ stata rilevata la disomogeneità nel sistema dei servizi per le dipendenze sia dal punto di vista organizzativo che delle prestazioni erogate. In alcune ASL il Dipartimento delle Dipendenze non è stato attivato, in altre è stato abolito e i processi di accorpamento dei servizi sono stati radicali mentre gli strumenti di gestione non sono omogenei nelle diverse aree territoriali. La Regione promuove gli SMI (Ser.T privati), in base a logiche programmatiche di cui non si coglie né la connessione con l’analisi della domanda di cura né con le politiche territoriali degli organi di programmazione locale. In questo scenario si collocano la progressiva erosione delle risorse per il servizio pubblico, il costante aumento della domanda di cura e di assistenza, i nuovi compiti delegati dalle normative nazionali in materia di controllo socio - sanitario e il crescente disinteresse per i luoghi della programmazione nel nostro settore, sia a livello regionale che locale. La forte preoccupazione espressa nei numerosi interventi nasce dal fatto che tutto ciò non sembra affatto casuale bensì che vi sia una tendenza a destrutturare il settore delle dipendenze, anche attraverso la progressiva riduzione della programmazione a pochi ambiti centralizzati. Proprio perché le scelte regionali in materia di sanità sono orientate da anni nella direzione di sollecitare e facilitare l’ingresso di soggetti privati anche in quelle aree della assistenza meno appetibili economicamente o meno facili da organizzare, dovrebbe esserci ben altra attenzione a salvaguardare la funzione di programmazione e controllo a tutti i livelli, centrale e aziendale. Non è mancata la consapevolezza autocritica che il sistema dei servizi presenta ancora differenze ed eterogeneità non solo nella tipologia d’offerta ma anche nell’appropriatezza

delle prassi cliniche e che, alcune scelte organizzative e gestionali, sono da modificare e aggiornare.

Alcuni provvedimenti, quali il blocco totale dei possibili accreditamenti di strutture pubbliche e la estensione agli SMI privati della possibilità di certificazione e in definitiva di autoimmissione in strutture comunitarie, sollevano un delicato conflitto di interessi !.

Paradossale appare la affermazione contenuta nel PSSR vigente di rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze come luogo di azione integrata pubblico privato, a fronte della contemporanea assenza di tale affermazione negli ultimi atti regionali.

Nel corso della giornata netta è stata la presa di posizione del CNCA Lombardia contro la recente dgr 5509 della Regione. Le organizzazioni sindacali e i consiglieri regionali di maggioranza e minoranza intervenuti si sono assunti precisi impegni di consultazione e di intervento per quanto di competenza. Un confronto chiaro e trasparente, animato dalla volontà di individuare strategie efficaci e fattibili per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini assistiti.

Infine sono state approvate le linee di azione della Federazione sia verso l’Assessorato regionale sia verso il Consiglio.

Questa importante iniziativa è il primo di altri momenti di confronto che la Federazione organizzerà sui temi di politica sanitaria, interloquendo sia con altri servizi alla persona pubblici e privati che con altri soggetti tecnici, che possano stimolare e sostenere un più concreto e diffuso ruolo di protagonismo dei professionisti nelle scelte che riguardano sia il futuro professionale e lavorativo, che la qualità delle cure da assicurare ai cittadini.

Milano, 21 gennaio 2008

Alfio Lucchini – Presidente nazionale FeDerSerD

Edoardo Cozzolino – Presidente regionale lombardo



Federazione Italiana degli Operatori dei
Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze
www.federserd.it

Congresso

Il lavoro degli operatori pubblici e privati nella cura delle dipendenze tra norma e esigenze terapeutiche

I Congresso FeDerSerD Regione Sicilia
Hotel Baia dei Mulini – Erice Mare - Trapani
14 e 15 maggio 2008

Durante il Congresso saranno affrontati, con la proposta di strumenti operativi e applicativi per i Servizi, i seguenti temi:

- i recenti decreti ministeriali sulla consegna dei farmaci sostitutivi, il trasporto dei farmaci stupefacenti all'estero, l'accertamento di assenza di stato di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori: problematicità e potenzialità per l'operatività dei Servizi
- la normativa sull'alcol: stato dell'arte e compiti dei Servizi
- la normativa sulla immigrazione nel rapporto con gli stati di dipendenza

Inoltre il Congresso farà il punto sulla legislazione in materia di dipendenze, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi dei Servizi e dei Dipartimenti.

Verrà evidenziato il lavoro della Consulta degli esperti ex dpr 309 e dei gruppi di lavoro di FeDerSerD di questi anni.

Il Congresso sarà anche occasione per la celebrazione del primo congresso regionale FeDerSerD della Regione Sicilia con sessioni di interesse specifico.

ACCREDITAMENTO ECM per tutte le figure professionali operanti nei Servizi soggette a crediti
(medico – psicologo - infermiere prof. – educatore prof. – assistente sanitario)

QUOTE DI ISCRIZIONE

- Non laureato socio FeDerSerD - euro 50,00 + iva
- Laureato socio FeDerSerD - euro 80,00 + iva
- Non laureato non socio FeDerSerD - euro 80,00 + iva
- Laureato non socio FeDerSerD - euro 110,00 + iva

PER INFORMAZIONI E RICHIESTA SCHEDA DI ISCRIZIONE
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA NAZIONALE FEDERSERD

Expopoint Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti n. 3, 22066 Mariano Comense – CO - Tel 031748814 – Fax 031751525 - email federserd@expopoint.it

Grazie FeDerSerD!

di Mimma Franco, presidente associazione
Il Mosaiko Kids

È proprio vero, le cose belle rimangono dentro di noi indelebili. Ancora più bello è il fatto che non si possono spiegare, si sentono e basta. Sono le 10.30 di martedì 30 ottobre 2007, siamo nella splendida cornice della sala Nettuno dell'hotel Hilton di Sorrento, ci sono i ragazzi del Mosaiko Kids. A sinistra Beatrice, Davide, Marta, Andrea, Alberto, al computer Elena. Al centro il maxischermo, a destra 4 giudici ci osservano... Si sente un bisbiglio leggero... ad un tratto silenzio assoluto, rotto soltanto dalla nostra musica di sottofondo. Parte il video... inizia Beatrice, poi Davide, Marta, Andrea... un nodo alla gola, un brivido alla schiena, la tensione è al massimo! Tutti ascoltano attentamente... sembra un sogno! Il nostro progetto "Un silenzio pericoloso" non solo viene applaudito, ma suscita immediatamente il consenso degli attenti organizzatori del Convegno, professori universitari di fama internazionale, membri della Consulta Nazionale Antidroga, consulenti ed esperti di 3 ministeri (Salute, Affari Sociali, Giustizia), che hanno voluto conoscere più a fondo i ragazzi e la loro realtà tanto da decidere di venirci a trovare a Castelnuovo Scivria.

Il 1 febbraio 2008, infatti, il prof. Maurizio Fea, Psichiatra Docente di Scienze della Formazione all'Università Cattolica di Milano terrà una conferenza il cui titolo è senza dubbio intrigante e interessante: "Evoluzione, adattamento, emozioni, vulnerabilità negli adolescenti. Dal sistema darwiniano alle ultime scuole di pensiero". Parafrasando, la parabola della nostra esperienza è invece stata "dalla profonda e spesso marginale periferia di Alessandria al maxischermo dell'Hilton di Sorrento": tutti si chiedevano stupiti come fosse stato possibile costruire un gruppo di giovani attivi, affiatati e simpatici che hanno dimostrato una competenza, una capacità organizzativa ed una chiarezza d'esposizione degna di navigati professionisti.

La direzione Nazionale di FeDerSerD ha voluto premiare questi giovani in un modo speciale: i prossimi convegni avranno una sessione ed uno spazio apposito dedicato ad educatori e ragaz-



zi, autogestito ed organizzato dal Mosaiko Kids. Ci sarà da lavorare per tutti e molto duramente, ma sarebbe un vero peccato "mollare" ora dopo un simile consenso! Inoltre il nostro progetto verrà pubblicato negli atti del congresso a cura della FeDerSerD.

Voglio dedicare questa nostra vittoria a tutti i ragazzi che hanno lavorato per costruirla, nell'auspicio che riescano a mantenere intatti i valori in cui credono.

"Famosi" almeno per un giorno...

di Elena Pisa, anni 19, Università degli Studi
di Pavia, facoltà di ingegneria

Tutto è iniziato quasi come un gioco... depositando alcuni contenitori in varie località della Bassa Valle Scivria nei luoghi maggiormente frequentati da giovani, dove questi potessero imbucare i loro quesiti su appositi biglietti. Da qui il successo della nostra Tavola Rotonda tenuta il 30 marzo 2007 in sala Pessini a Castelnuovo Scivria. Non ci saremmo mai più aspettati l'invito a partecipare attivamente con un nostro personale progetto al Congresso Internazionale organizzato dalla FeDerSerD a Sorrento. Eravamo molto felici per la notizia e onorati di partecipare ad un evento così importante... abbiamo lavorato molto su questo progetto ma alla fine ne è valsa la pena! PRIMII!!!

È davvero indescrivibile la gioia e la commozione che abbiamo provato quando ce l'hanno annunciato! Le emozioni ci hanno travolto... Constatate che luminari di così alto livello professionale e umano abbiano apprezzato e premiato con entusiasmo semplici ragazzi, come noi del Mosaiko Kids, ci rende ancora più carichi e scoppiettanti, illuminati dalla felicità!

Il nostro soggiorno a Sorrento è stato altrettanto movimentato, ma proprio questo è il fascino dell'esperienza che abbiamo vissuto! Si ha la possibilità di conoscersi meglio, di confrontarsi, di crescere, di imparare dai propri errori, di ridere, di divertirsi e di stare insieme! Vale per tutti... ragazzi, adulti... anziani e bambini!

Alcuni erano nervosi, altri arrabbiati, altri spensierati, altri preoccupati, altri tristi, altri penserosi, altri confusi, altri gioiosi, altri turbati, altri delusi, altri felici, altri impazienti, altri prepotenti, altri allegri, altri fantasiosi... chiunque in ogni momento aveva un'emozione ed una parte di se da mostrare agli altri... insieme abbiamo condiviso tutto questo... ma l'importante è capirsi, ragionare, discutere e confrontarsi in modo da rendere questa unione ancora più forte per raggiungere orizzonti ancora più lontani!

Il giorno che ricordo con maggior piacere è stato proprio quello dell'esposizione del nostro progetto all'Hotel Hilton di Sorrento. Eravamo tutti molto emozionati e agitati, ma grazie al lavoro di squadra, tutto è andato per il meglio! I brividi mi hanno attraversato il corpo quando il pubblico ci ha incitati a continuare, dopo l'interruzione di un giudice! Il cuore esplodeva di felicità ed emozioni quando lui stesso di persona si è scusato per i tempi stretti che potevano concedere ed ha apprezzato moltissimo il nostro progetto! Questa è stata la gioia più grande... essere riconosciuti e rispettati da persone così importanti ed autorevoli! Giudici, medici e operatori del settore ci cercavano con entusiasmo per venire loro stessi a congratularsi con tutti noi... GRAZIE,

GRAZIE DI CUORE A TUTTI... NON IMMAGINATE LA FELICITÀ CHE CI AVETE DONATO!!!

È stata un'esperienza memorabile, indimenticabile e molto utile... ma soprattutto da raccontare! Tutto questo grazie a voi e a tutti coloro che ci hanno sostenuto!

Alla prossima!!!

STRENUIS ARDUA CEDUNT

L'ennesimo successo dei ragazzi del Mosaico

di Marta Lamanuzzi, anni 19, Università Cattolica di Milano, facoltà di Giurisprudenza

Forte stupore tendente all'incredulità: ecco le prime sensazioni che ho provato per la vittoria di Sorrento. Stentavo a crederci, ma quando Davide me l'ha ripetuto: "abbiamo vinto!!! siamo arrivati primi, primi!!!", mi sono abbandonata all'entusiasmo e concessa un po' di orgoglio. Un momento di gioia di rara intensità. A due mesi da quel giorno mi capita ancora di tornare col pensiero ai giorni del Congresso, sorvolando la penisola, di tornare laggiù, nella Costiera Amalfitana, dove io e i miei colleghi abbiamo presentato il progetto in cui, durante l'estate, avevamo investito la nostra migliore energia e creatività. L'ennesima prova degli straordinari e inaspettati risultati che ottiene chi si impegna con serietà e costanza per un fine che ritiene impellente, che trascende il proprio beneficio e onore, e che non può non colpire chi è capace di coglierlo intimamente.

I giovani e la loro serenità, l'attenzione e l'ascolto che meritano e che vengono loro negati sempre più spesso, una carezza di conforto e una spinta di incoraggiamento, sono alcuni degli obiettivi per i quali a noi ragazzi di Mosaiko sembra valga la pena di lottare. Con questa tenacia e incrollabile fiducia in noi stessi abbiamo affrontato progetti, organizzato eventi, trattato tematiche delicate che rischiano, nell'ipnotizzante impero dell'immagine in cui viviamo, tanto appariscente quanto inconsistente, di cadere nell'oblio. La nostra ostinata campagna diretta e provocatoria contro tutto ciò che oggi impedisce a noi ragazzi di esprimere a pieno la nostra personalità e le nostre idee ha incontrato numerose risposte positive e mi riferisco alla cortesia, all'umiltà e al vivo interesse dimostrato dal prof. Donato Donoli e dal prof. Edoardo Cozzolino durante il recente congresso, e alla disponibilità di cui professori, esperti e professionisti ci hanno in diverse occasioni dato prova consacrando la loro sapienza al nostro bisogno di sciogliere dubbi e incertezze. Un'opportunità di questo genere ci verrà offerta il primo febbraio, a Castelnuovo Scivria, in sala Pessini, dal prof. Maurizio Fea, psichiatra, docente alla Facoltà Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Il prof. Fea avvierà una conversazione interattiva con i ragazzi presenti sul tema: "Darwin e le tossicodipendenze".

Concluderei con un sentito ringraziamento per coloro che in questi anni ci hanno dimostrato un animo sensibile e profondo, cercando insieme a noi di ascoltare anziché limitarsi a sentire, di guardare anziché limitarsi a vedere, di interpretare criticamente la realtà nella sincera speranza di comprenderla nelle sue dinamiche fondamentali e nella ricerca di efficaci tattiche per migliorarla. Auguro infine al Mosaiko e ai tanti tasselli che lo compongono di continuare su questa strada, di non perdere quella stella polare che sono i disinteressati e ambiziosi traguardi a cui abbiamo sempre teso, di non smettere di testimoniare con la nostra attività l'inesauribile e inestimabile risorsa che noi giovani costituiamo.



Un'emozione grande come l'universo!

di Beatrice Bianchi, anni 16, Istituto Tecnico Commerciale "Baratta" di Voghera

Questo congresso è stato per me un'occasione unica per capire che esiste un mondo che va oltre a quello che ho provato e visto fino ad ora. Un'opportunità di conoscere, sperimentare e vivere una grande avventura culturale, il cui ricordo conservo gelosamente. Grazie Mimma e a tutti i ragazzi della redazione che erano con me e che hanno potuto provare un'emozione grande come l'universo!!!

Sembrava un sogno

di Marta Sottotetti, anni 17, Liceo Classico

Per noi ragazzi del Mosaiko Kids presenti a Sorrento per partecipare al Congresso Nazionale della FeDerSerD, martedì 30 ottobre è stato un giorno speciale che resterà impresso nella nostra memoria: abbiamo presentato il nostro progetto dal titolo "Un silenzio pericoloso" alla presenza di medici, psicologi e sociologi di fama.

Eravamo emozionatissimi e tesi già di prima mattina, al momento di partire alla volta dell'Hilton Palace. L'attesa del nostro turno in quell'ambiente così elegante e per noi inconsueto, aumentava l'agitazione ed il timore di non farcela, di non riuscire a restare calmi di fronte a tutti quei luminari e quegli specialisti che dovevano "valutarci".

Non volevamo, però, fare brutta figura dopo tutto il lavoro svolto, dopo tutte le prove e le migliori via via apportate sia al testo

sia al video. Così, al momento decisivo, ci siamo fatti forza e, seppure con il cuore in gola, abbiamo iniziato a presentarci, ad illustrare tutte le iniziative e le proposte del Mosaiko, mentre in sala scorrevano sul maxischermo le immagini del nostro paese. Abbiamo subito capito che le nostre parole destavano interesse, che il nostro lavoro incuriosiva: non era un trattato scientifico, ma un testo semplice e spontaneo, una raccolta di opinioni di giovani adolescenti sui problemi che affliggono la società di oggi e che li riguardano da vicino. Un lavoro che è andato dritto al cuore del pubblico presente e che ha suscitato emozione. Il lungo applauso seguito al nostro intervento ed i complimenti ricevuti dal Comitato di Valutazione del Congresso ci hanno fatto vivere momenti di grande gioia. Sembrava un sogno. La tensione svaniva, la calma era ritrovata, ma l'emozione era ancora grande e soprattutto era enorme la nostra felicità per il successo e per l'interesse che tutti dimostravano per il nostro lavoro. Abbiamo vissuto momenti indimenticabili che ci aiuteranno nel nostro cammino e che ci hanno insegnato innanzi tutto che quando si crede veramente in qualche cosa e si è sinceri e spontanei non si sbaglia mai, anzi si possono addirittura raggiungere risultati insperati.

The day after... Sorrento

di Davide Varni, anni 19, Università degli Studi di Pavia, Facoltà di economia aziendale

In quella selva di dottori e dottoresse, tra "camici e fialette", c'eravamo anche noi. Senza lauree o esperienza professionale, senza paroloni o grafici altisonanti, c'eravamo anche noi. Con tanta voglia di fare e progetti in testa, con tanta buona volontà ed entusiasmo, c'eravamo anche noi. A tenere alto il nome di Castelnuovo e di tutta la valle, indovinate chi c'era? Proprio noi.



Sono rimasti stupiti, dicono. Stupiti dalle nostre aspirazioni e disposizioni. Stupiti e – quasi – commossi dalla forza di un'idea che parte proprio da noi giovani, vittime per eccellenza delle DROGHE (diciamola questa brutta parola, non facciamola passare sotto silenzio), e grazie a qualche testa pensante raggiunge i massimi esperti del settore.

I ringraziamenti si sprecano, così come la riconoscenza a tutti coloro che ci hanno supportato in questo lungo, difficile (ma dannatamente soddisfacente) cammino.

Naturalmente, questa non è la fine. È la fine del principio, il superamento delle eliminatorie, il voto del primo trimestre. Il cammino è ancora lungo, ma col supporto di tutti gli abbonati ed i "simpatizzanti", siamo sicuri di farcela.

Ad Maiora, Mosaiko!

Senza voler aggiungere commenti, per la dirigenza di FeDer-SerD le note sopra pubblicate rappresentano, più di tante chiacchiere, un vero stimolo nell'impegno e nella responsabilità, un sentimento forte di felicità (A.L.).

RECENSIONE



Margherita Di Virgilio,
Irven Mussi (a cura di)

MANUALE PER OSS E ASA (Operatori Socio-Sanitari Ausiliari Socio-Assistenziali)

Formazione in campo assistenziale,
sociale e sanitario

Collana di Politiche e servizi sociali
pp. 448, € 29,00 - allegato on-line
Cod. 1130.235

Nella seconda parte vengono descritte le modalità metodologiche del lavoro sociale e il concetto di qualità; la terza parte illustra i meccanismi psicologici e sociali che regolano la relazione operatori-assistiti e descrive le caratteristiche psicologiche degli utenti con cui gli ASA e gli OSS si trovano a operare. La parte igienico-sanitaria e tecnico-operativa, infine, analizza le principali funzioni del corpo umano, le patologie più diffuse nei soggetti cui è rivolta l'assistenza, le basi della dietetica e le modalità di primo soccorso. Particolare attenzione viene dedicata all'igiene ambientale e all'assistenza alla persona, con esempi e prassi operative, anche in ambito fisioterapico; segue un approfondimento sull'animazione.

Per fornire maggiori strumenti didattici, il manuale si arricchisce di esempi operativi, di un glossario dei principali termini e di un'aggiornata bibliografia tematica. Inoltre, sul sito www.francoangeli.it all'Area Università, si può disporre dell'allegato multimediale con un test di autovalutazione per verificare il proprio grado di apprendimento.

La completezza dei contenuti e la chiarezza del linguaggio rendono il volume un esaustivo manuale per quanti frequentano corsi OSS e ASA, ma anche un utile strumento di consultazione per gli operatori già nel mondo del lavoro.

Margherita Di Virgilio, psicologa e psicoterapeuta, lavora a Milano. Coordinatrice e docente in corsi ASA, OSS, aggiornamento e formazione continua. Con i nostri tipi ha pubblicato: *AIDS: malattia, prevenzione, assistenza* (2000); *La malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza* (2000); *Disturbi psichici: nevrosi, psicosi e depressioni* (2000); con Irven Mussi, *Da chi vado?* (2003).

Irven Mussi, medico di base a Milano. Tutor e insegnante in corsi di specializzazione per la medicina generale, ASA e OSS. Con i nostri tipi ha pubblicato: con Margherita Di Virgilio, *Da chi vado?* (2003).

Le figure di operatori che si occupano con competenza e professionalità di assistenza in ambito sociale e sanitario sono sempre più richieste. Questo testo presenta i contenuti didattici per la formazione degli Operatori Socio-Sanitari (OSS) e degli Ausiliari Socio-Assistenziali (ASA), soggetti che assistono anziani, disabili, pazienti psichiatrici, malati terminali e quanti necessitano di un sostegno specializzato, in ambiente assistenziale e sanitario. Il manuale si articola in quattro parti: nella prima vengono analizzati i fondamenti delle due professionalità, con riferimenti puntuali alle delibere istituzionali dei due profili, alla legislazione socio-assistenziale, sanitaria e previdenziale. Ampio spazio viene dedicato alla Legge 626 sulla sicurezza in ambito lavorativo e sulla protezione della salute e sicurezza del lavoratore.

FACULTY

Pierangelo Barone
Docente di Pedagogia dell'adolescenza
Università degli Studi di Milano-Bicocca

Dario Benatti
Musicoterapeuta

Piero Caburoso Attore e regista

Michelina Capato Attrice e regista

Sarah Carfi
Educatrice Professionale, Alcolgia Rivolta d'Adda

Alessandro Pontremoli
Docente di Teatro Sociale, Università degli Studi di Torino

Nicola Cazzalini Attore

Maria Grazia Cisternino
Endocrinologa pediatrica San Matteo Milano

Danila Fiorino
Educatrice professionale e clown di corsia

Ezio Grassi
Educatore professionale, Istituto Ospedaliero di Sospiro

Elvira Impegnoso
Arterapista

Giulia Innocenti Malini
Docente di Teatro Sociale Univ Cattolica Milano

Antonio Kallol
Attore e drammaturgo

Pino L'Abbadessa
Laboratorio CRA di Casalmaggiore

Fausto Lazzari
Regista e Operatore di teatro sociale, Crema

Marzia Loriga
Attrice

Mariagrazia Movalli
Responsabile Unità funzionale Unità Alcoldipendenze
Ospedale San Raffele/Turro

Edoardo Polidori
Psichiatra, AUSL Forli

Edoardo Razzini
Psichiatra, A. O. Ospedale di Magenta

Rosaria Vergani
Laboratorio Diritto e Rovescio, CPS di Gallarate

Medico Clown

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE
Teatro San Domenico
Piazza Trento e Trieste 4 - Crema (CR)

ISCRIZIONI
Medici, Psicologi, Infermieri e Educatori professionali
€ 60,00 (IVA compresa se dovuta)
Studenti e Operatori non aventi diritto ai Crediti ECM
€ 36,00 (IVA compresa se dovuta)

La partecipazione è gratuita per i dipendenti dell'A.O. Ospedale Maggiore di Crema.

- L'iscrizione comprende:
- Ingresso alle sezioni di lavoro
 - kit congressuale
 - attestato di partecipazione
 - attestato ECM con crediti formativi
 - coffee break
 - partecipazione a due laboratori
 - ingresso allo spettacolo serale.

Le iscrizioni saranno accettate fino ad esaurimento posti in base all'ordine cronologico di arrivo dell'allegata scheda di iscrizione, che dovrà pervenire **entro il 10 Maggio 2008** alla Segreteria Organizzativa, accompagnata da copia dell'avvenuto pagamento. **Non sono previsti rimborsi in caso di annullamento dell'iscrizione.**

ECM
Il corso è in attesa di accreditamento ECM da parte del Ministero della Salute per Medici, Psicologi, Infermieri ed Educatori professionali.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
KEYWORD Europa - Via L. Mancini, 3 - 20129 Milano
tel. 02 54122513-71 Fax 02 54124871
e.mail: keyword1@mdsnet.it www.keyword-europa.it

COMITATO SCIENTIFICO
Dott.ssa Beatrice Corradi, Prof. Fausto Lazzari
Dott.ssa Elena Battistini, Sarah Carfi
Tel-fax 0363/378250 - e.mail: noa.rivolta@hcrema.it



AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALE MAGGIORE" DI CREMA
Dipartimento di Riabilitazione
Unità Operativa di Riabilitazione Alcolgica
Responsabile: dott. Giorgio Cerizza

CONVEGNO - FESTIVAL
Terza edizione
"TEATRO SOCIALE
E MOTIVAZIONI TERAPEUTICHE"

TERAPIE RICREATIVE
&
TEATRO SOCIALE
L'UTILITA' DEL TEATRO SOCIALE
COME TERAPIA
NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Direttore artistico: Fausto Lazzari

Teatro San Domenico
Crema, 16 - 17 maggio 2008

In collaborazione con:



Associazione Gruppi di alcolisti in Trattamento
Presidente: Andrea degli Agosti

VENERDI' 16 MAGGIO

- 08.45 Registrazione partecipanti
- 09.00 Saluto delle Autorità
- 09.30 Spettacolo - Laboratorio
Provvisoriamente Maggengo
"Le bugie hanno le gambe storte"
U.O. *Riabilitazione Alcolgica Crema*
- 10.30 Spettacolo
Laboratorio CRA di Casalmaggiore
- 11.00 **Coffee break animato**
- 11.15 interventi di:
Edoardo Razzini
Pierangelo Barone
Ezio Grassi
- 12.15 Discussione
- 13.00 **Pausa Pranzo**
- 14.00 I Laboratori aperti del teatro sociale:
1) A cura di Giulia Innocenti Malini
2) A cura di Antonio Kallol
3) A cura di Michelina Capato
4) A cura di Ezio Grassi
- 16.00 **Coffee break**
- 16.15 Scambio di esperienze tra i conduttori dei laboratori e i partecipanti condotto da Ezio Grassi
- 17.15 Interventi di Elvira Impegnoso e Rosaria Vergani
- 17.45 Riflessioni di Giulia Innocenti Malini
- 18.00 Conclusione lavori prima giornata
- 21.00 **Bar Boon Band in concerto**
Storie di strada, canzoni d'amore della banda dei senza tetto della Stazione di Milano
Premiazione degli alcolisti in trattamento
U.O. Alcolgia di Rivolta d'Adda e Associazione L'Approdo

SABATO 17 MAGGIO

- 08.45 Registrazione dei partecipanti
- 09.00 Introduzione teatrale
Fausto Lazzari
- 09.45 Alessandro e Edoardo Polidori
- 10.15 Spettacolo Prova di Alcol
Piero Caburoso
- 11.00 **Coffee break animato**
- 11.15 Interventi di:
Medico Clown
Maria Grazia Cisternino
Sarah Carfi
- 12.15 Discussione
- 13.00 **Pausa Pranzo**
- 14.00 I Laboratori aperti del teatro sociale:
1) A cura di Danila Fiorino
2) A cura di Nicola Cazzalini
3) A cura di Marzia Loriga
4) A cura di Dario Benatti
- 16.00 **Coffee break**
- 16.15 Scambio di esperienze tra i conduttori dei laboratori e i partecipanti
Marzia Loriga
- 17.15 Riflessione a cura di Mariagrazia Movalli
- 18.00 Compilazione questionari ECM
- 18.15 Chiusura dei lavori

PER ENTRAMBE LE GIORNATE È OBBLIGATORIO ISCRIVERSI AD UNA DELLE SEGUENTI ESPERIENZE LABORATORIALI

VENERDI' 16 MAGGIO

- Lab. 1** a cura di Giulia Innocenti Malini
"Teatro e handicap"
- Lab. 2** a cura di Antonio Kallol
"Sorrisoterapia"
- Lab. 3** a cura di Michelina Capato
"Teatro in carcere"
- Lab. 4** a cura di Ezio Grassi
"Teatro e disturbi mentali"

SABATO 17 MAGGIO

- Lab. 1** a cura di Danila Fiorino
"Clownterapia"
- Lab. 2** a cura di Nicola Cazzalini
"Giocoleria e disagio giovanile"
- Lab. 3** a cura di Marzia Loriga
"Donne operate al seno"
- Lab. 4** a cura di Dario Benatti
"Musicoterapia"

SI RINGRAZIANO:

Associazione Popolare Cremasca

Rotary Club di Soncino

CON IL PATROCINIO DI:



Alfio Lucchini rieletto presidente nazionale di FeDerSerD

Al termine delle operazioni di voto svolte durante i quattro giorni del congresso nazionale di Sorrento la lista guidata dal presidente uscente ha ottenuto il 95% dei voti espressi.

I professionisti eletti operano in Dipartimenti e Servizi per le Dipendenze di 17 regioni, sei sono le professioni rappresentate, raddoppiata la presenza femminile.

Il direttivo rinnovato per oltre il 40%. Confermati il vicepresidente Guido Faillace e il segretario esecutivo Pietro Fausto D'Egidio. Ben 1.136 i soci con diritto di voto.

Gli eletti nel Consiglio Direttivo Nazionale (triennale)

Alfio Lucchini	Milano, presidente
Guido Faillace	Trapani, vicepresidente
Pietro Fausto D'Egidio	Pescara, segretario esecutivo
Paola Aiello	Roma
Giancarlo Ardisson	Imperia
Roberta Balestra	Trieste
Giuseppe Barletta	Roma
Marcellina Bianco	Torino
Emanuele Bignamini	Torino
Claudia Carnino	Torino
Roberto Cataldini	Lecce
Antonio d'Amore	Caserta
Donato Di Pietropaolo	Chieti
Donato Donnoli	Potenza
Maurizio Fea	Pavia
Michele Ferdico	Agrigento
Bernardo Grande	Catanzaro
Claudio Leonardi	Roma
Raffaele Lovaste	Trento
Ezio Manzato	Verona
Vincenzo Marino	Varese
Antonio Mosti	Piacenza
Felice Nava	Treviso
Roberto Pirastu	Carbonia
Edoardo Polidori	Forlì
Gianna Sacchini	Ascoli Piceno
Giorgio Serio	Palermo
Franco Zuin	Milano

Approvata la riserva di due posti per professionisti delle regioni Calabria e Campania da cooptare dopo la celebrazione dei congressi regionali 2007.

In conformità agli esiti del Congresso regionale della Calabria del 9 ottobre 2007 il direttivo nazionale, riunito a Sorrento il 31 ottobre, ha cooptato nel direttivo nazionale:

Fernanda Magnelli **Cosenza**

L'assemblea regionale della Campania si terrà il 14 dicembre.

Sono inoltre membri di diritto del direttivo nazionale i presidenti delle Federazioni regionali non già membri eletti. Alla data odierna:

Edoardo Cozzolino	Lombardia
Maria Chiara Pieri	Emilia Romagna
Mimmo Cortese	Calabria
e il presidente del collegio nazionale di garanzia:	
Alessandro Coacci	Grosseto

Lettera ai soci

Pescara, 6 febbraio 2008

Cari colleghi e soci

Il 2007 è stato un anno caratterizzato da una intensa attività della nostra Federazione.

Il sito e la rivista continuano ad essere un punto di riferimento per gli operatori.

La presenza nei vari organismi istituzionali dei nostri iscritti e il loro impegno è stato universalmente apprezzato.

La nostra attività scientifica con i numerosi eventi regionali ed il Congresso Nazionale che si è svolto in autunno a Sorrento è di grande qualità.

Nel corso dell'anno abbiamo iniziato a riorganizzare la Federazione. Sono stati eletti i nuovi organismi dirigenti, cerchiamo di essere più incisivi a livello regionale.

Il 2008 si presenta con molti punti interrogativi.

La grave crisi che in moltissime delle nostre regioni attanaglia la Sanità nel suo complesso mette in ginocchio i Servizi pubblici ed in grande sofferenza gli Enti Accreditati/Ausiliari. Abbiamo quasi ovunque serissimi problemi di mancanza di personale e di insufficiente quadro di riferimento organizzativo per far fronte ad un incremento dell'utenza e alla gravità della patologia che viene alla nostra attenzione.

A questo possiamo aggiungere che gli ultimi due anni sono stati anni "sprecati" rispetto alla necessità dei nuovi, auspicanti e necessari interventi legislativi.

C'è molto lavoro da fare.

Dobbiamo completare la riorganizzazione di FeDerSerD promuovendo una forte partecipazione democratica alla vita della Associazione.

Stiamo lavorando per rendere il sito web www.federserd.it ancora più funzionale e utile.


Abbiamo soprattutto in progetto una serie di attività per essere vicini ai colleghi in ogni

realtà locale per aiutarli ad affrontare i mille problemi che le autonome iniziative regionali e aziendali continuamente pongono. Sul versante scientifico sono in corso una serie di iniziative anche in collegamento con agenzie internazionali.

Cara collega e caro collega, ti invito ad iscriverti o a rinnovare subito la tua iscrizione a FeDerSerD e a partecipare alle attività e alla crescita della Federazione con interventi, suggerimenti, commenti, considerazioni scrivendo all'indirizzo e-mail: redazione@federserd.it.

Con molti auguri di buon lavoro ti saluto caramente.

Il Segretario Esecutivo Nazionale
Pietro Fausto D'Egidio




aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale (membri eletti)

Alfio Lucchini (presidente nazionale),
Guido Faillace (vicepresidente nazionale),
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo nazionale),
Roberta Balestra (ufficio di presidenza),
Emanuele Bignamini (ufficio di presidenza),
Raffaele Lovaste (ufficio di presidenza),
Claudio Leonardi (ufficio di presidenza),
Paola Aiello, Giancarlo Ardissonne, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Claudia Carnino, Roberto Cataldini,
Antonio d'Amore, Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava, Roberto Pirastu, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

Direttivo Nazionale (membri di diritto)

Alessandro Coacci (past-president)
Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Mimmo Cortese,
Maria Grazia Pieri

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 ____ / ____ / 2008 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 _____